publiziert bei: AWMF online
Portal der wissenschaftlichen Medizin

AWMF-Leitlinie

Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter – Diagnostik und Behandlung (S2k)

AWMF-Register-Nr. 028 – 014

Version 10.03.2025

Federführende Fachgesellschaft

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

Weitere beteiligte AWMF-Fachgesellschaften

Akademie für Ethik in der Medizin (AEM)

Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT)

Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)

Deutsche Gesellschaft für pädiatrische und adoleszente Endokrinologie und Diabetologie (DGPAED)

Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP)

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)

Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT)

Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung (DGfS)

Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)

Weitere beteiligte Fachorganisationen:

Bundesverband für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie e.V. (bkj)

Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP)

Berufsverband für Kinder und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BKJPP)

Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie (BAG)

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft (DPG)

Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF)

Gesellschaft für Sexualwissenschaft (GSW)

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Verhaltenstherapie (KJPVT)

Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (ÖGKJP)

Verband für lesbische, schwule, bisexuelle, trans*, intersexuelle und queere Menschen in der Psychologie (VLSP)

Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Deutschland (VAKJP)

Beteiligte Vertretungsorganisationen von Behandlungssuchenden:

Bundesverband Trans* (BVT*)

Trans* Kinder Netz (TraKiNe)

Fachgesellschaften, die nicht am Prozess der Erstellung der Leitlinie, jedoch an der Kommentierungsphase beteiligt waren und die Leitlinie in ihrer Endfassung ebenfalls konsentiert haben:

Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG)

Leitlinienkoordination:

Prof. Dr. med. Georg Romer, Universitätsklinikum Münster,
sekre.romer@ukmuenster.de

Dr. med. Thomas Lempp, Frankfurt (Stellv. Koordinator)

Autor*innen des Leitlinientextes (in alphabetischer Reihenfolge)

Michael Bastian, München

Dipl.-Psych. Inga Becker-Heblij, Ph. D, Hamburg

Dr. med. Heiko Dietrich, Köln

Dr. med. Werner Ettmeier, München

Dipl. –Psych. Saskia Fahrenkrug, Hamburg

Dr. med. Martin Fuchs, Innsbruck (A)

Soz.-Päd. Christian Gredig (CH)

Annette Güldenring, Weddingstedt

Dipl.-Päd. Mari Günther, Berlin

Malte Janzing, M.A., Jena

Dr. med. Martin Jung, Schleswig

Dipl.-Psych. Thomas Lehmann, Neunkirchen

Dr. med. Thomas Lempp, Frankfurt

Dipl.-Psych. Sabine Maur, Mainz

Prof. Dr. phil., Dipl.-Psych Birgit Möller-Kallista, Münster

Dr. med. Dagmar Pauli, Zürich (CH)

Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Hertha Richter-Appelt, Hamburg

Prof. Dr. med. Annette Richter-Unruh, Bochum

Prof. Dr. med. Georg Romer, Münster

PD Dr. Dipl.-Psych. Kurt Seikowski, Leipzig

Dr. med. Andreas Stage, Dinslaken

Dipl.-Psych. Inge Struck, Solingen

Prof. Dr. med. Claudia Wiesemann, Göttingen

PD Dr. rer.nat. Julia Velten, Bochum

Dr. med. Achim Wüsthof, Hamburg

Hinweis:

Diese S2k-Leitlinie und alle mit ihr gemeinsam über das AWMF-Portal veröffentlichten Dokumente sind als frei verfügbares wissenschaftliches Dokument geistiges Eigentum der Autor*innen und damit urheberrechtlich geschützt. Herausgebende Fachgesellschaft ist die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und –psychosomatik (DGKJP). Die ausschließliche Veröffentlichung im AWMF-Leitlinienportal stellt u.a. die Aktualität der Leitlinie sicher. Jedwede publikatorische Nutzung oder Nutzbarmachung der Leitliniendokumente oder Teile daraus außerhalb des AWMF-Portals bedarf der ausdrücklichen Zustimmung der herausgebenden Fachgesellschaft sowie der Autor*innen, die über den Leitlinienkoordinator einzuholen ist.

Wissenschaftliche Zitierweise der Leitlinie:

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP): S2k-Leitlinie *Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter: Diagnostik und Behandlung*. AWMF-Registernr. 028-014. Version 1.0, 2025. https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/028-014 (Zugriff am TT.MM.JJ)

Gültigkeitsdauer der S2k-Leitlinie: bis zum 30.09.2029

Inhaltsübersicht

Einleitung		*1*
Glossar		*24*
I.	Präambel	*30*
II.	Variante Entwicklungsverläufe (Persistenz, Desistenz und Detransition)	*36*
III.	Sozialer Rollenwechsel im Kindesalter	*61*
IV.	Assoziierte psychische Auffälligkeiten und Gesundheitsprobleme bei Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie	*73*
V.	Psychotherapie und psychosoziale Interventionen	*110*
VI.	Einbeziehung des familiären Beziehungsumfelds und Familiendynamik	*140*
VII.	Indikationsstellung für körpermodifizierende medizinische Interventionen	*149*
VIII.	Somatische Aspekte hormoneller Interventionen	*238*
IX.	Professionelle Interaktion und diskriminierungssensibler Umgang mit gender-nonkonformen Kindern und Jugendlichen	*265*
X.	Hinweise zu den rechtlichen Grundlagen und ethischen Maßgaben für die Behandlung Minderjähriger mit Geschlechtsinkongruenz	*282*
Literaturverzeichnis		*293*
Anhang A – Begründung der Sondervoten		
Anhang B – Divergierende nationale Empfehlungen		

Einleitung

1. Zur Entwicklung dieser Leitlinie im Kontext aktueller Debatten

1.1. Entpathologisierung in der ICD-11 der Weltgesundheitsorganisation

1.2. Medizinethische Abwägungen bei Behandlungsentscheidungen im Jugendalter

1.3. Umgang mit gesellschaftlicher Transgender-Debatte und Diskriminierung

1.4. Einbindung von fachlicher Kontroverse und Umgang mit Dissens

1.5. Erstellung von Empfehlungen bei insgesamt unsicherer Evidenzlage

2. Zur Epidemiologie der Geschlechtsinkongruenz

2.1. Häufigkeiten bei Erwachsenen und Minderjährigen

2.2. Wie erklärt sich die Zunahme der Fallzahlen?

2.3. Erklärungsansätze für veränderte Gender-Ratio

3. Wie entwickelt sich nonkonforme Geschlechtsidentität?

1. Zur Entwicklung dieser Leitlinie im Kontext aktueller Debatten

Diese AWMF-Leitlinie soll allen Fachpersonen im Gesundheitswesen, die mit jungen transgeschlechtlichen und non-binären Menschen zu tun haben, eine Orientierung bieten für eine bestmöglich fachlich informierte Versorgung auf dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnis. An ihrer Erstellung und Konsentierung waren 26 medizinische und psychotherapeutische Fachorganisationen sowie zwei Selbstvertretungsorganisationen beteiligt. Durch diese breite Beteiligung ist sichergestellt, dass sich die Empfehlungen dieser Leitlinie auf ein repräsentatives und breit legitimiertes Meinungsbild der medizinischen und psychotherapeutischen Fachwelt stützen.

Trotz hoher medialer Aufmerksamkeit für die Thematik der Behandlung von Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie ist festzuhalten, dass sich die Zahlen medizinisch behandelter junger Menschen mit Geschlechtsinkongruenz absolut gesehen auf sehr niedrigem Niveau bewegen. Die relativ ansteigenden Behandlungszahlen korrelieren hingegen mit der zunehmenden gesellschaftlichen Offenheit für transgeschlechtliche Lebenswege sowie der Verbesserung fachgerechter Versorgungsangebote. Steigende Behandlungszahlen sind dabei kein spezielles Phänomen im Jugendalter. Sie sind im Erwachsenenalter in ähnlichen Relationen beobachtbar. So stieg nach einer aktuellen Hochrechnung auf der Basis von anonymisierten Versichertendaten der BARMER[1] zwischen 2014 und 2019 deutschlandweit die Zahl neu begonnener hormoneller Behandlungen von unter 18-jährigen Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz auf das 3,2-fache an (von ca. 330 auf ca. 1.060) und bei Erwachsenen zwischen 18 und 30 Jahren im selben Zeitraum auf das 3,5-fache (von ca. 510 auf ca. 1.800).

Die medizinische Versorgung transgeschlechtlicher Menschen ist eine vielfältige Herausforderung. Aufgrund methodischer Limitationen bisheriger Studien ist insbesondere im Jugendalter die Evidenzlage für körpermodifizierende medizinische Maßnahmen als unsicher zu bewerten. Da es bei einer dauerhaft persistenten Geschlechtsinkongruenz mit geschlechtsdysphorischem Leidensdruck keine bewährte wirksame Behandlungsalternative ohne körpermodifizierende medizinische Maßnahmen gibt, ist zudem aus ethischen Gründen die Durchführbarkeit kontrollierter klinischer Wirksamkeitsstudien stark eingeschränkt, sodass die verfügbare Evidenz vorwiegend auf klinischen Beobachtungsstudien beruht (Ausführungen zur Studienlage im Kapitel VII → *„Indikationsstellung zu körpermodifizierenden Maßnahmen“)*. In der Fachwelt ist teilweise umstritten, welche Schlussfolgerungen aus dieser unsicheren Evidenzlage für klinische Empfehlungen zu ziehen sind. So weichen aktuelle internationale Empfehlungen teilweise voneinander ab, die sich auf die jeweils gleichermaßen festgestellte unsichere Evidenzlage beziehen. Hierbei ist u.a. entscheidend, inwieweit die jeweils verfügbare bestmögliche Evidenz aus der

[1] Die Freigabe dieser Zahlen wurde von der BARMER autorisiert.

Perspektive klinischer Erfahrungsexpertise bewertet wurde. Aktuelle Leitlinien, die von medizinischen Fachgesellschaften herausgegeben werden, wurden vorwiegend von klinischen Expert*innen für das Anwendungsfeld erarbeitet und beruhen aus einer integrierten Synthese aus der Bewertung verfügbarer Evidenz und möglichst breitem Expert*innenkonsens und der dahinterstehenden klinischen Erfahrung.

Diese Integration von wissenschaftlicher Evidenz und klinischer Erfahrungsexpertise entspricht den Vorgaben für die Erstellung von S3-Leitlinien nach dem Regelwerk der AWMF. Sie wird in gleicher Weise vom Vorstand der deutschen Bundesärztekammer gefordert. In dessen Bekanntmachung *„Wissenschaftlichkeit als konstitionelles Element des Arztberufs"* heißt es hierzu:

> „Eine wissenschaftliche Medizin ist nicht mit einer evidenzbasierten Medizin identisch. Evidenzbasierte Medizin ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten. Die Praxis der evidenzbasierten Medizin bedeutet die Integration individueller klinischer Expertise mit der bestverfügbaren externen Evidenz aus systematischer Forschung. Evidenzbasierte Medizin stützt sich auf drei Säulen: die individuelle klinische Erfahrung, die Werte und Wünsche des Patienten und den aktuellen Stand der Forschung." (Bundesärztekammer, 2020, S. A1–A20)[2]

In Leitlinien einiger nationaler Gesundheitsbehörden, wie derzeit im 2024 veröffentlichten Cass Review für den NHS England und Wales (Cass, 2024), wird mit der Begründung der unsicheren Evidenzlage teilweise einen vergleichsweise restriktiverer Umgang für den Zugang Jugendlicher zu körpermodifizierenden Maßnahmen empfohlen. Die Beteiligung klinischer Expert*innen an der Erstellung dieser Empfehlungen ist hierbei nicht gegeben oder zumindest nicht transparent bzw. fraglich (siehe Ausführungen im Anhang → *„Abweichende Empfehlungen in anderen Ländern").* Für die Erstellung dieser S2k-Leitlinie wurden von den beteiligten Fachorganisationen zu einem großen Teil Expert*innen mit langjähriger Erfahrung in Entwicklungs- und Behandlungsverläufen junger Patient*innen mit Geschlechtsinkongruenz delegiert. Im Folgenden werden einige Herausforderungen bei der Erstellung dieser Leitlinie sowie die beschrittenen Vorgehensweisen erläutert.

1.1. Entpathologisierung in der ICD-11 der Weltgesundheitsorganisation

In der medizinischen Fachwelt hat sich in den vergangenen zwei Jahrzehnten ein Paradigmenwechsel im Verständnis nonkonformer Geschlechtsidentitäten im Sinne derer Entpathologisierung vollzogen. Diese Entpathologisierung ist dem Wandel im Umgang mit Homosexualität vergleichbar, welche von der WHO 1992 in der ICD-10 aus dem Katalog psychiatrischer

[2] Bek_BAEK_Wissenschaftlichkeit_Online (bundesaerztekammer.de)

Diagnosen gestrichen wurde. Demnach gibt es in der ICD-11 keine so genannten *Störungen der Geschlechtsidentität* (F64) im Sinne psychischer Erkrankungen mehr. Stattdessen wurde die Diagnose der *Geschlechtsinkongruenz* (HA60) unter einer neuen Rubrik *Zustände mit Bezug zur sexuellen Gesundheit* (engl. *conditions related to sexual health)* neu eingeführt (WHO, 2022). Diese Verankerung einer medizinischen Diagnose in der ICD-11 war – im Unterscheid zur Homosexualität – notwendig, weil sich im Falle ihres Vorliegens ein medizinisch begründeter Behandlungsbedarf ergeben kann. Die *Geschlechtsinkongruenz (GI)* gilt somit zwar als per se nicht krankheitswertig, gleichwohl als ein gesundheitsrelevanter Zustand, der medizinisch behandlungsbedürftig sein kann, um einen als *Geschlechtsdysphorie (GD)* bezeichneten spezifischen Leidenszustand abzuwenden oder zu reduzieren. Die Begriffe *Störungen der Geschlechtsidentität* und *Transsexualismus* gelten als obsolet und werden in dieser Leitlinie nicht verwendet, ebenso wie dies bereits bei der S3-Leitlinie für das Erwachsenenalter *Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit* (DGfS, 2018) umgesetzt ist. Diese in der ICD-11 vorgenommene neue Konzeptualisierung non-konformer Geschlechtsidentitäten und deren Begrifflichkeit repräsentieren somit einen relevanten Fortschritt des weltweit anerkannten medizinischen Erkenntnisstandes. Sie sind daher für diese Leitlinie maßgeblich ungeachtet des Umstandes, dass in der aktuellen Übergangsphase bis zur administrativen Einführung der ICD-11 medizinische Diagnosen weiterhin noch nach der ICD-10 zu kodieren sind.

1.2. Medizinethische Abwägungen bei Behandlungsentscheidungen im Jugendalter

Wenn bei Jugendlichen vor Abschluss der biologischen Reifeentwicklung eine persistierende Geschlechtsinkongruenz diagnostiziert wird, stehen Behandlungsentscheidungen für oder gegen körpermodifizierende Maßnahmen grundsätzlich unter einer hohen ethischen Begründungslast und erfordern in jedem Einzelfall sorgfältige Abwägungen. Einerseits sind die irreversiblen Konsequenzen einer Behandlungsentscheidung für eine Hormonbehandlung zu bedenken, andererseits kann ein Aufschieben einer solchen Behandlung aufgrund des ebenfalls irreversiblen Fortschreitens der Ausbildung männlicher bzw. weiblicher Körpermerkmale zur Verfestigung eines geschlechtsdysphorischen Leidensdrucks und damit zur Verschlimmerung und Chronifizierung eines geschlechtsdysphorischen Leidenszustandes führen. Dies kann wiederum mit einem erhöhten Risiko für eine beeinträchtigte psychische Langzeitgesundheit einhergehen. In diesem Zusammenhang sind ethische Abwägungen geboten zwischen dem Schutz Minderjähriger vor möglicherweise verfrühten Entscheidungen, die zu einem späteren Zeitpunkt bereut werden könnten, sowie dem Respekt gegenüber der Selbstbestimmung junger Menschen über ihre geschlechtliche Identität und ihren Körper (Hädicke et al., 2023).

Einseitige ethische Positionierungen ("Im Jugendalter sind solch weitreichende Entscheidungen grundsätzlich nicht zu verantworten" versus „Jugendliche sollen immer selbst

entscheiden und haben ein Recht auf Irrtum“) werden der Komplexität der anzustellenden ethischen Abwägungen keinesfalls gerecht und resultieren in ebenso einseitigen wie polarisierenden Fachmeinungen, die vereinzelt auch in der aktuellen medizinischen Debatte anzutreffen sind. Die aktive Mitwirkung der *Akademie für Ethik in der Medizin (AEM)* als AWMF-Fachgesellschaft für Medizinethik an der Erstellung der Leitlinie durch fortlaufende Mitarbeit ihrer delegierten Expertin in der Steuerungsgruppe war für die ausgewogene Rezeption des hierfür relevanten medizinethischen Diskurses eine wertvolle Unterstützung. Zudem veranstaltete der Deutsche Ethikrat während der Erstellungsphase der Leitlinie im Februar 2020 ein Bioethik-Forum, an dem kontroverse ethische Positionen, wie sie auch innerhalb der Leitlinienkommission vertreten waren, zu den o.g. Problemstellungen offen diskutiert wurden. Die daraufhin vom Deutschen Ethikrat in dessen Ad hoc-Empfehlung *Trans-Identität bei Kindern und Jugendlichen Therapeutische Kontroversen – ethische Orientierungen* (Deutscher Ethikrat, 2020) veröffentlichten Maßgaben für Behandlungsentscheidungen flossen maßgeblich in die Leitlinie ein. Die mit diesen Fragen verknüpften hohen Anforderungen an die Feststellung der Einwilligungsfähigkeit bei minderjährigen Patient*innen wurden in einem eigenständigen Kapitel zu ethischen und rechtlichen Maßgaben (Kapitel X → *„Rechtliche Grundlagen & ethische Maßgaben für die Behandlung Minderjähriger mit Geschlechtsinkongruenz“*) adressiert. Besonders hervorzuheben ist die vom Deutschen Ethikrat geforderte einzelfallbezogene Nutzen-Risiko-Abwägung im Hinblick auf irreversible Konsequenzen sowohl einer Behandlung als auch eines Unterlassens der Behandlung, die jeder Indikationsstellung für körpermodifizierende medizinische Maßnahmen vorausgehen sollte (siehe Kapitel VII → *„Indikationsstellung zu körpermodifizierenden medizinischen Maßnahmen“*). Die Maßgabe, wonach die medizinethischen Prinzipien des *Nutzens und Nicht-Schadens* in diesem Behandlungskontext sowohl auf das aktive medizinische Handeln als auch auf das Nicht-Handeln zu beziehen sind, wurde zudem eigens in die *Präambel der Leitlinie (Kapitel I)* aufgenommen.

1.3. Umgang mit gesellschaftlicher Transgender-Debatte und Diskriminierung

Während der Arbeit an der Leitlinie wurde wiederholt in den Medien intensiv über das Thema *Transgender* berichtet. Der Auftrag der Leitlinienkommission bestand darin, eine medizinische Leitlinie zu erarbeiten. Eine solche medizinische Leitlinie kann und soll nicht auf politische Anliegen der LSBTIQ-Community nach gesellschaftlicher Akzeptanz fokussieren. Gleichwohl ist es bei der Erstellung einer medizinischen Leitlinie geboten, einen respektvollen Dialog auf Augenhöhe mit Patient*innen und ihren Angehörigen zu suchen. Die Transgeschlechtlichkeit wurde jahrzehntelang durch die Medizin pathologisiert. Durch empirische Studien ist vielfach belegt, dass bis heute ein diskriminierender Umgang mit trans Personen im Gesundheitswesen weit verbreitet ist. Zwei Selbstvertretungsorganisationen (Bundesvereinigung trans* e.V./BVT und Trans-Kinder Netz

e.V./TraKiNe) partizipierten in Einklang mit den AWMF-Regularien stimmberechtigt an der Leitlinienerstellung. Das Bemühen um einen diskriminierungssensiblen Umgang mit trans Personen im Gesundheitswesen schlägt sich in einem eigenen Kapitel hierzu nieder (Kapitel IX → *„Professionelle Interaktion und diskriminierungssensibler Umgang mit gender-nonkonformen Kindern und Jugendlichen*“) sowie in einer angemessenen Begrifflichkeit, die im → *Glossar* tabellarisch dargestellt wird.

1.4. Einbindung von fachlicher Kontroverse und Umgang mit Dissens

Durch die breite Partizipation von 26 Fachorganisationen sowie zwei Selbstvertretungsorganisationen an der Erstellung der Leitlinie sowie durch die Einbindung der zu Beginn der Leitlinienarbeit bereits langjährig erfahrenen spezialisierten kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungszentren (Frankfurt, Hamburg, München, Münster, Zürich) in die Steuerungsgruppe wurde gewährleistet, dass sich in der Zusammensetzung der Leitlinienkommission ein repräsentatives Gesamtbild der Expert*innenmeinung abbildet. Erwartungsgemäß wurden kontroverse Diskussionen innerhalb der Leitlinienkommission geführt. Dabei waren teilweise fundamentale Dissenslinien u.a. zu ethischen und therapeutischen Grundhaltungen nicht überbrückbar und blieben nach inhaltlicher Klärung und Abstimmung in Konsensuskonferenzen bestehen. Zur transparenten und fokussierten Darstellung einiger aus Sicht der Leitlinienkommission grundlegenden ethischen und therapeutischen Haltungen wird der Leitlinie eine Präambel vorangestellt, die mit starkem Konsens (>95% Zustimmung) verabschiedet wurde (Kapitel I → *„Präambel“* sowie Abschnitt zu *„Umgang mit Dissens“* im Methodenreport).

1.5. Erstellung von Empfehlungen bei unsicherer Evidenzlage

Bei der Erstellung der Leitlinie wurden folgende zwei wesentlichen Qualitätsziele durch Einhaltung des AWMF-Regelwerkes verfolgt, ausgehend von dem ursprünglich bei Anmeldung der Leitlinie angestrebten Niveau einer S3-Leitlinie:

- Das Ziel einer *bestmöglichen Information zum aktuellen Wissensstand* wurde durch systematische Rezeption und Diskussion der Literatur sowie deren transparente Einordung und Bewertung umgesetzt.
- Das Ziel einer *bestmöglichen Orientierung an der aktuell auf Expert*innenkonsens beruhenden Fachmeinung zur Best Practice* wurde durch moderierte Konsentierung aller Empfehlungen mit maximal erzielbarer Konsensstärke umgesetzt (>95% über die meisten Empfehlungen).

Aufgrund fehlender kontrollierter Wirksamkeitsnachweise und einer insgesamt unsicheren Evidenzlage hinsichtlich nicht kontrollierter Wirksamkeitsbelege durch klinische Beobachtungs- und Fall-Kohortenstudien ließen sich in dieser Leitlinie letztlich keine evidenzbasierten Empfehlungen

erstellen, sondern sämtliche Empfehlungen wurden unter Berücksichtigung der Studienlage konsensbasiert entwickelt. Dies führte in Abstimmung mit der AWMF zur Entscheidung, die Leitlinie als S2k-Leitlinie zu veröffentlichen, auch wenn die methodische Struktur ihrer Erstellung, insbesondere die systematische Literaturrezeption, den Regularien einer S3-Leitlinie folgte.

Wie sind Leitlinienempfehlungen bei unsicherer Evidenz begründet?

In der medizinischen Fachwelt anerkannte Leitlinienempfehlungen, für die es nur unsichere oder sehr unsichere Evidenz gibt, sind in der Medizin weit verbreitet. Dies trifft insbesondere für die Kinder- und Jugendmedizin zu. Laut einer aktuellen Meta-Analyse beruhen in der gesamten Kinder- und Jugendmedizin 82% aller Behandlungsempfehlungen in medizinischen Leitlinien zu Off-Label-Verordnungen auf unsicherer bis sehr unsicherer Evidenz (Meng et al., 2022). Wenn man berücksichtigt, dass in der Kinder- und Jugendmedizin insgesamt bis zu 65% aller im stationären Bereich sowie bis zu 31% aller im ambulanten Bereich verordneten Arzneimittel nur im Off-Label-Use verfügbar sind (Kimland & Odlind, 2012), lässt sich die Größenordnung etablierter Leitlinienempfehlungen für Kinder und Jugendliche ermessen, die sich nur auf unsichere bis sehr unsichere Evidenz stützen lassen. Bis zur Schließung von Evidenzlücken durch weiterführende Studien werden in solchen Fällen in der Kinder- und Jugendmedizin üblicherweise konsensbasierte Leitlinienempfehlungen im Sinne einer anerkannten *Best Practice* begründet, wenn neben positiven klinischen Erfahrungen insbesondere folgende Voraussetzungen ganz oder teilweise erfüllt sind (Meng et al., 2022):

- Eine hinreichend sichere Evidenz für die Behandlung ist für Erwachsene belegt,
- der Wirkmechanismus gilt als erforscht, und eine hinreichende Patientensicherheit bei Kindern und Jugendlichen ist für einen anderen Anwendungsbereich belegt,
- eine vertretbare und bewährte Behandlungsalternative ist nicht verfügbar,
- eine Nicht-Behandlung ist ethisch nicht zu vertreten.

Ausgehend von diesen allgemein für die Kinder- und Jugendmedizin anerkannten und üblichen Überlegungen und Vorgehensweisen sind auch die konsensbasierten Empfehlungen dieser Leitlinie zur Anwendung von körpermodifizierenden medizinischen Interventionen bei Jugendlichen mit persistierender Geschlechtsinkongruenz begründet.

Wie soll eine evidenzbasierte Medizin mit bestehenden Ungewissheiten umgehen?

Im Sinne eines stetigen medizinisch-wissenschaftlichen Fortschritts muss eine medizinische Leitlinie dem Bestreben verpflichtet sein, bestehende Lücken in der Evidenzbasis ihrer Empfehlungen in absehbarer Zukunft schließen zu können. Im *Cass Interim Report* für den NHS England and Wales wird für den Umgang mit bestehenden Ungewissheiten gefordert, dass folgende drei Aufgaben zu erfüllen sind, wie dies auch in anderen Bereichen der Medizin üblich ist (Cass, 2022):

- Klinische Versorgungsangebote müssen innerhalb der Grenzen des aktuellen Wissensstandes so sicher und effektiv wie möglich gestaltet werden. Hierzu gehört das sorgfältige Abwägen von Behandlungsoptionen im Einzelfall, ebenso wie die Entwicklung bestmöglich informierter Behandlungsentscheidungen im partizipativen Dialog mit Patient*innen und ihren Sorgeberechtigten als *shared decision making* (Vgl. Kapitel 1 → *„Präambel“*).
- Solange keine unmittelbare Aussicht auf die Schließung von Forschungslücken besteht, sollten konsensbasierte Empfehlungen zur Verfügung stehen, unterstützt durch Partizipation von Patient*innen (s.o. Bestreben nach starkem Konsens, d.h. > 95% über fast alle Empfehlungen dieser Leitlinie).
- Klinische Versorger*innen sollten die Erhebung von Follow-Up-Daten unterstützen, damit die Medizin als lernendes System funktioniert (siehe entsprechende Empfehlung in Kapitel VII → *„Indikationsstellung zu körpermodifizierenden medizinischen Maßnahmen“).*

2. Zur Epidemiologie der Geschlechtsinkongruenz

2.1. Häufigkeiten bei Erwachsenen und Minderjährigen

In den vergangenen 15 Jahren haben sich die auf wissenschaftlichen Studien basierenden Schätzungen zum Anteil gender-nonkonformer Personen an der Gesamtbevölkerung verändert. In der neuen internationalen Leitlinie *Standards of Care – Version 8* der World Professional Association for Transgender Health (Coleman et al., 2022) wird in einem Übersichtskapitel hierzu ausgeführt, dass in den vergangenen zehn Jahren verbesserte empirische Studien zur Häufigkeit transgeschlechtlicher und gender-nonkonformer Personen (*engl. transgender and gender diverse persons – Abk. TGD*) in der Gesamtbevölkerung publiziert wurden. In neueren Übersichtsarbeiten werden die verfügbaren Erkenntnisse zusammengefasst (Arcelus et al., 2015; Collin et al., 2016; Goodman et al., 2019; Meier & Labuski, 2013; Zhang et al., 2020). Bei epidemiologischen Daten zur *TGD-Population* wird empfohlen, die Begriffe *Inzidenz* und *Prävalenz* zu vermeiden, wenn sich die Daten nicht ausschließlich auf medizinische Diagnosen oder Behandlungen, sondern auf Selbstauskünfte Befragter beziehen. Zudem soll damit auch die Pathologisierung gender-nonkonformer Personen vermieden werden (Adams et al., 2017; Bouman et al., 2017).

Stattdessen wird in den *Standards of Care* (Coleman et al., 2022) empfohlen, die Begriffe *Anzahl* und *Anteil* zu verwenden, um jeweils die absolute und relative Größe der so genannten *TGD-Population* zu bezeichnen. Bei der Bewertung einzelner Studienergebnisse ist es wichtig, auf die Methodik der Erhebung zu achten, insbesondere auf den jeweils gewählten Zugang zu Befragten und die gewählten Falldefinitionen. So divergieren Häufigkeitsangaben erheblich, je nachdem, ob die Daten sich z.B. auf Personen beziehen, die im Gesundheitswesen wegen einer Diagnose entsprechend einer Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie eine medizinische Behandlung in Anspruch genommen haben (Collin et al., 2016; Meier & Labuski, 2013) oder auf Personen, die bei einer bevölkerungsbasierten Befragung eine nonkonforme Geschlechtsidentität angegeben haben. Solche bevölkerungsbasierten Befragungen beruhen auf einer breiter gefassten Definition selbstberichteter Geschlechtsidentitäten und kommen demzufolge zu deutlich höheren Fallzahlen.

Bei einem Großteil der vor mehr als einem Jahrzehnt veröffentlichten Studien wurde die Anzahl der in einem bestimmten klinischen Zentrum behandelten Patient*innen ermittelt und auf eine geschätzte Bevölkerungsgröße des Einzugsgebiets der betreffenden Klinik hochgerechnet, was zu einer erheblichen Unterschätzung der Häufigkeit geführt haben dürfte. Aus diesen Gründen wurden in der Studienübersicht der *Standards of Care* nur Studien berücksichtigt die seit 2009 veröffentlicht wurden und deren Methodik eine klare Definition des TGD-Status sowie eine exakt definierte Bezugspopulation ausweist (Coleman et al., 2022). Diese werden unterteilt referiert nach

- Studien, die den Anteil gender-nonkonformer Personen im Kontext der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens berichten;
- Studien, die auf bevölkerungsbasierten Umfragen mit überwiegend erwachsenen Teilnehmern basieren; und
- Studien, die auf Umfragen unter Jugendlichen in Schulen basieren.

In insgesamt sechs US-amerikanischen Studien wurden Daten aus *dem Veterans Health Affairs System* ausgewertet, ein Krankenversicherungssystem, das mehr als neun Millionen Menschen versorgt. Der Anteil von transgeschlechtlichen Personen an der Gesamtheit der in diesem System Versicherten wurde basierend auf Leistungsdaten und Diagnosecodes mit 0,02% bis 0,08% ermittelt (Blosnich et al., 2013; Dragon et al., 2017; Ewald et al., 2019; Jasuja et al., 2020; Kauth et al., 2014; Quinn et al., 2017). Eine wichtige Limitation dieser Studien war, dass in der Bezugspopulation Personen ab 65 Jahren tendenziell überrepräsentiert waren.

Im Gegensatz dazu kamen *bevölkerungsrepräsentative Studien*, die sich auf einen selbstberichteten Transgender-Status stützten, zu wesentlich höheren Fallzahlen: Zwei amerikanische Studien nutzten die *Behavioral Risk Factor Surveillance Study (BRFSS)*, eine jährliche Telefonumfrage, die in allen 50 Bundesstaaten der USA durchgeführt wird (Conron et al., 2012; Crissman et al., 2017). In beiden Studien wird auf Basis unterschiedlicher Jahreserhebungen übereinstimmend berichtet, dass

etwa 0,5 % der Teilnehmer*innen ab 18 Jahren die Frage *„Betrachten Sie sich selbst als transgender?"* mit *„Ja"* beantworteten. In einer internetbasierten Umfrage, die an einer repräsentativen Stichprobe der niederländischen Bevölkerung im Alter von 15 bis 70 Jahren durchgeführt wurde, gaben 1,1% der Personen mit bei Geburt zugewiesenem männlichen Geschlecht und 0,8% der Personen mit bei Geburt zugewiesenem weiblichen Geschlecht an, sich eher mit dem jeweils anderen Geschlecht zu identifizieren (Kuyper & Wijsen, 2014).

In einer methodisch ähnlich angelegten Studie in Belgien, die an einer aus dem Bevölkerungsregister des Landes gezogenen Stichprobe durchgeführt wurde, betrug der Anteil der laut Selbstauskunft sich gender-nonkonform identifizierenden Personen 0,7% für bei Geburt männlich zugewiesenem Geschlecht und 0,6% für bei Geburt weiblich zugewiesenem Geschlecht (Van Caenegem et al., 2015). In einer Studie an ca. 50.000 bevölkerungsrepräsentativ ausgewählten erwachsenen Einwohner*innen der Region Stockholm wurde der Anteil gender-nonkonformer Personen mit differenzierten Fragen zur empfundenen Geschlechtsidentität einschließlich des Wunsches nach köpermodifizierenden medizinischen Behandlungen untersucht (Åhs et al., 2018). Ein *„starker Wunsch"* nach einer Hormontherapie oder einer geschlechtsangleichenden Operation wurde von 0,2% der Befragten beiderlei Geburtsgeschlechts bejaht. Fragen nach geschlechtsinkongruentem Identitätserleben und sozialem Transitionswunsch („*Ich fühle mich wie jemand eines anderen Geschlechts*" und *„Ich möchte als jemand eines anderen Geschlechts leben und behandelt werden*") wurden hingegen von 0,8% bis 1,2% der Befragten bejaht. Dies ist als Hinweis zu werten, dass geschätzte anteilige Häufigkeiten von Personen mit transgeschlechtlicher oder non-binärer Selbstbeschreibung nicht mit geschätzten Häufigkeiten von Menschen mit einem Wunsch nach körpermodifizierenden medizinischen Maßnahmen gleichzusetzen sind. Eine repräsentative Umfrage unter 6.000 Erwachsenen in Brasilien (Spizzirri et al., 2021) ergab einen Anteil von 1,9% gender-nonkonformer Personen, wovon sich 0,7% als transgender und 1,2% als non-binär beschrieben.

Zu Bevölkerungsanteilen *gender-nonkonformer Jugendlicher* unter 19 Jahren gibt es mehrere schulbasierte Erhebungsstudien. In einer nationalen Querschnittserhebung an High-Schools in Neuseeland (*n* = 8.000) gaben 1,2% der Befragten an, sich als *transgender* oder *gender-divers* zu identifizieren, weitere 2,5% gaben an, sich hierzu nicht sicher zu sein (Clark et al., 2014). In einer Umfrage unter 14- bis 18-jährigen Schüler*innen im US-Bundesstaat Minnesota (*N* = 81.000) gaben 2,7% der Befragten an, *transgender* oder *gender-divers* zu sein (Eisenberg et al., 2017). In dem alle zwei Jahre in den USA landesweit mit High-School-Schülern*innen der Klassen neun bis zwölf (Altersspanne 13-19 Jahre) durchgeführten *Youth Risk Behavior Survey (YRBS)* bejahten in der Erhebung im Jahre 2017 von den fast 120.000 Teilnehmer*innen in 19 urbanen Regionen 1,8% die Aussage *„Ja, ich bin transgender"* und 1,6% die Aussage *„Ich bin nicht sicher, ob ich transgender bin*" (Johns et al., 2019). Nur eine Studie untersuchte den Anteil von sich selbst als transgender beschreibenden Kindern in einer

jüngeren Altersgruppe. In der 2011 durchgeführten Umfrage unter *N* = 2.700 Schüler*innen der Klassen sechs bis acht (Altersspanne 11-13 Jahre) an öffentlichen Mittelschulen in San Francisco (Shields et al., 2013) identifizierten sich 1,2% der Befragten auf die Frage *„Was ist dein Geschlecht*?" selbst als *transgender*, wobei die Antwortmöglichkeiten *„weiblich, männlich oder transgender"* waren.

In Zusammenschau ergibt sich aus der berichteten Datenlage, dass in Studien, in denen ein Transgender-Status anhand von Selbstauskünften ermittelt wurde, der ermittelte Anteil zwischen 0,3% und 0,5% bei Erwachsenen sowie zwischen 1,2% und 2,7% bei Jugendlichen lag. Wurde die Definition erweitert, um ein breiteres Spektrum gender-nonkonformer Erscheinungsformen einzubeziehen, wie z.B. unsichere oder ambivalente Geschlechtsidentität, waren die entsprechenden Anteile höher: 0,5% bis 4,5% bei Erwachsenen und 2,5% bis 8,4% bei Jugendlichen. Dies verweist auf ein breites und fluides Spektrum nonkonformer bzw. *„queerer"* Selbstbeschreibungen im Jugendalter, welches nicht mit der medizinischen Diagnose einer GI gleichzusetzen ist, sondern einer Binnendifferenzierung bedarf.

In gesundheitssystembasierten Studien, die sich auf diagnostische Codes oder andere in den Krankenakten dokumentierte Nachweise stützen, lagen die ermittelten Anteile von transgender-bezogenen Diagnosen zwischen 0,02% und 0,08%, was weniger als einem Zehntel der in bevölkerungsbasierten repräsentativen Befragungen ermittelten Häufigkeiten entspricht (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1

Nach Studienlage geschätzte Anteil an TGD-Personen in der Gesamtbevölkerung (Zahlen aus Coleman et al., 2022)*

	Transgender	Alle TGD
Gesundheitssystem-basierte Daten (F64-Diagnosen)	0,02-0,1 %	-
Repräsentative Surveys Erwachsene	0,3-0,5 %	0,3-4,5 %
Repräsentative Surveys Jugendliche	1,2-2,7 %	2,5 – 8,4 %

Anmerkung. TGD: engl.: transgender and gender diverse – dt.: transgender und gender-nonkonform

2.2. Wie erklärt sich die Zunahme der Fallzahlen?

Neben den genannten Unterschieden bei den Häufigkeitszahlen zwischen Gesundheitssystem-basierten und bevölkerungsbasierten Erhebungen ist eine weitere Beobachtung die im Lauf der vergangenen zwei Jahrzehnte zu verzeichnende stetige Zunahme des aufgrund von Studienergebnissen geschätzten Anteils gender-nonkonformer und trans Personen. Diese Zunahme bildet sich in gleicher Weise in den Gesundheitssystemen, in bevölkerungsbasierten Erhebungen ebenso wie in den Daten zur gesetzlichen Namen- und Personenstandsänderung (juristische Transition) ab. So ist in den vergangenen zehn Jahren die Zahl Jugendlicher, die mit Fragestellungen rund um das Phänomen *transgender* spezielle Behandlungsangebote im Gesundheitswesen aufsuchen, international stetig angestiegen (Kaltiala et al., 2020). Ebenso ist die Zahl von medizinischen Transitionsbehandlungen bei erwachsenen trans Personen stark angestiegen. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes hat sich die Zahl der geschlechtsangleichenden Operationen bei Erwachsenen in Deutschland von 2012 bis 2020 insgesamt verdreifacht, mit stetig zunehmender Tendenz (Statistisches Bundesamt, 2023). Im *Cass Review* für den NHS England und Wales (Cass, 2024) wird der Anstieg an Überweisungen an den für ganz England und Wales zentral verfügbaren Clinical Gender Service für Jugendliche mehrfach von der Autorin als *„exponentiell“* beschrieben, was statistisch betrachtet unzutreffend ist und in zwei seither erschienen umfassenden kritischen Rezeptionen der dem Cass Review zugrunde liegenden Methodologie kritisiert wurde (McNamara et al., 2024; Noone et al., 2024).

Zieht man die berichteten Zahlen des *Cass Review* heran, wonach von den landesweit an die Clinical Gender Services des NHS England *zur Diagnostik* überwiesenen Fällen im Untersuchungszeitraum von von 2018-2022 (n = 3466) lediglich 27% im weiteren Verlauf nach mehrmaliger Konsultation zur Vorstellung an den *Endocrinological Service* weiterverwiesen wurden (Cass, 2024, Appendix 8, S. 7), und von diesen nach endokrinologischer Indikationsstellung wiederum lediglich 81.5% eine pubertätsblockierende Behandlung begannen, so relativieren die berichteten Zahlen sich in erster Linie dahingehend, dass sie einen insgesamten *Anstieg im Inanspruchnahmeverhalten* jugendlicher Patient*innen mit gender-bezogenen Fragestellungen in einem bestimmten Versorgungskontext widerspiegeln, die jedoch nicht mit einem Anstieg der Prävalenz einer behandlungsbedürftigen Geschlechtsinkongruenz gleichzusetzen sind. Insbesondere sind Prävalenzzahlen, die sich auf die Inanspruchnahme eines Gesundheitsdienstes stützen, nicht mit Behandlungszahlen für hormonelle Interventionen gleichzusetzen (in den aktuellen Zahlen des Cass Review (2024) betraf dies nur 22% der vorgestellten Fälle an spezialisierten Gender Services).

Die in der jüngeren Literatur mehrfach belegte allgemeine Trend zu einem größeren berichteten Anteil von transgeschlechtlichen oder gender-nonkonformen Personen ist in der

Schlussfolgerung der Autoren der *Standards of Care der WPATH*[3] (Coleman et al., 2022) sowie nach Auffassung anderer Autor*innen am ehesten durch gesellschaftspolitische Veränderungen mit zunehmender Toleranz und Entstigmatisierung sowie mit Verbesserungen im Zugang zu qualifizierter Gesundheitsversorgung zu erklären. Der zudem berichtete Trend, wonach sich dieser Anstieg bei jüngeren Personen deutlicher zeigt als bei älteren, scheint zumindest zu einem großen Teil damit erklärbar, dass sich die genannten Faktoren über die Generationen hinweg unterschiedlich auswirken (Ashley, 2019; Pang et al., 2020; Zhang et al., 2020). Einen Beleg für einen Generationen-Effekt im Sinne einer sich über die gesamte Lebensspanne abbildenden Alterskinetik, die nicht spezifisch für das das Jugendalter zu sein scheint, liefern in diesem Zusammenhang die Ergebnisse des letzten Zensus in Kanada, bei dem alle Personen in der Gesamtbevölkerung des Landes ab 16 Jahren u.a. explizit nach ihrer geschlechtlichen Identität gefragt wurden. Hierbei wurden neben *„männlich“* und *„weiblich“* auch explizit *„transgender“, „non-binär oder „unsicher“* und *„keine Angaben“* als Antwortmöglichkeiten angeboten (Statistics Canada, 2022).

Auf der Grundlage dieser Volkszählungsdaten definierten sich 100.815 von 30,5 Millionen Einwohner*innen Kanadas selbst als transgender oder nichtbinär; dies entspricht einem Anteil von 0,33% der Bevölkerung aller Altersgruppen ab 16 Jahren. Eine getrennte Auswertung nach Geburtskohorten ergab, dass sich der Trend zu höheren Anteilen von trans Personen bei jüngeren Altersgruppen nicht als ein spezielles Phänomen des Jugendalters darstellt, sondern etwa ab den Geburtsjahrgängen 1966-1980 (der so genannten „Generation X“) über die Geburtskohorten folgender Jahrzehnte als eine weitgehend linear verlaufende Alterskinetik über die erwachsene Lebensspanne zeigt (s.u. Abbildung 1). Obwohl diese Daten auf breiter epidemiologischer Basis erhoben wurden, besteht eine Limitation darin, dass vorerst unklar bleibt, ob und wie sich die in Kanada gemeldeten Bevölkerungsanteile mit denen in anderen Ländern vergleichen lassen. Dieser sich über das gesamte Erwachsenenalter zeigende Generationeneffekt weist darauf hin, dass der Trend, wonach jüngere Personen sich selbst häufiger als *trans* beschreiben als ältere Personen, *nicht* allein mit entwicklungspsychologischen Besonderheiten des Jugendalters zu erklären ist, da dieser Trend in gleicher Weise auch in jeweils jüngeren Altersgruppen des Erwachsenenalters zeigt.

[3] WPATH – World Professional Association for Transgender Health

Abbildung 1

Häufigkeitsverteilung transgeschlechtlicher Identität nach Jahrgängen in Kanada.

Anmerkung. Gesamtbevölkerung ab 16 Jahren, Grafik erstellt aus Daten von Statistics Canada (2022).

Eine ähnliche Alterskinetik zeigt sich auch in den Zensus-Daten von England und Wales aus 2021, die auch dem *Cass Review* vorlagen, in denen in 2021 erstmalig die Geschlechtsidentität aller Einwohner*innen ab 16 Jahren erfragt wurden (Office for National Statistics, 2023a). Hierbei wurde die Frage gestellt, ob das Geschlecht, mit dem sich die Person identifiziert, mit dem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht übereinstimmt. ("*Is the gender you identify with the same as your sex registered at birth?*"). Die Frage konnte mit *„Ja"* oder *„Nein"* beantwortet werden und im Anschluss konnte das empfundene Geschlecht in Freitext angegeben werden. Die Rücklaufquote für die Frage zur Geschlechtsidentität betrug 94% der Gesamtpopulation von insgesamt über 48,5 Millionen Befragten. Die im Folgenden genannten Prozentzahlen beziehen sich auf die hochgerechnete Grundgesamtheit. Es gaben insgesamt 0,54% der Befragten an, dass ihre Geschlechtsidentität vom Geburtsgeschlecht abweiche. Knapp die Hälfte hiervon (0,24%) machte dabei keine näheren Angaben zu ihrer Geschlechtsidentität. Jeweils 0,1% der Gesamtbevölkerung gaben an, sich als trans männlich bzw. als trans weiblich zu identifizieren, was einem Anteil von jeweils 18,5% an der Teilpopulation mit gender-nonkonformer Geschlechtsidentität entspricht.

Der Anteil an der Gesamtbevölkerung, der sich als non-binär identifizierte, liegt bei 0,06%, was einem Anteil von 11,1% an der Teilpopulation mit gender-nonkonformer Geschlechtsidentität entspricht. Ein Anteil von 0,04% der Befragten gaben eine andere Geschlechtsidentität an, entsprechend einem Anteil von 3,4% an der Teilpopulation mit gender-nonkonformer

Geschlechtsidentität. Aus den Datensätzen, die über die Webseite des *Office for National Statistics* verfügbar sind, lassen sich die Daten getrennt für Altersgruppen und Geburtsgeschlecht abrufen (Office for National Statistics, 2023b, 2023c). Bezüglich des Alters zeigt sich, dass der Anteil der Personen mit nonkonformer Geschlechtsidentität in der Alterskohorte der 16-24-Jährigen mit 1% am höchsten ist. Mit steigendem Alter der Kohorten sinkt der Anteil stetig und liegt bei den über-75-Jährigen bei 0,22%.

Vor allem der Anteil an Personen, die sich als non-binär identifizieren, liegt in den Alterskohorten 16-24 Jahre und 25-34 Jahre mit 0,26% bzw. 0,11% höher als in den älteren Kohorten. Bezüglich der Sex-Ratios gibt es über alle Teilgruppen nur geringe Unterschiede. Über alle Alterskohorten betrachtet liegt der Anteil mit einer Inkongruenz zwischen Geschlechtsidentität und Geburtsgeschlecht bei den geburtsgeschlechtlich weiblichen Personen bei 0,52% und bei den geburtsgeschlechtlich männlichen Personen bei 0,56%, was einer Sex-Ratio von 52:48 zugunsten geburtsgeschlechtlich weiblicher Personen entspricht. In der Kohorte der 16-24-Jährigen ist der Anteil der geburtsgeschlechtlich weiblichen Personen mit nonkonformer Geschlechtsidentität mit 1,16% etwas höher als der entsprechende Anteil der geburtsgeschlechtlich männlichen Personen mit 0,84%, entsprechend einer Sex-Ratio von 58:42. In allen anderen Alterskohorten ist der Anteil geburtsgeschlechtlich männlicher Personen mit nonkonformer Identität etwas höher als der Anteil geburtsgeschlechtlich weiblicher Personen (Office for National Statistics, 2023b, 2023c, 2023a). In Abbildung 2 sind die relativen Verhältnisse der Alterskinetik nonkonformer Geschlechtsidentität getrennt nach Geburtsgeschlecht grafisch dargestellt.

Abbildung 2

Anteilige Häufigkeiten nonkonformer Geschlechtsidentität in Prozent der Gesamtbevölkerung von England und Wales getrennt nach Geburtsgeschlecht und Alterskohorten

Anmerkung. Grafik erstellt nach Zahlen aus Office for National Statistics (2023a, 2023b, 2023c).

2.3. Ungleiche Sex-Ratio bei Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten

Eine viel diskutierte Beobachtung für das Jugendalter ist die in den vergangenen zehn Jahren zunehmende Veränderung der berichteten relativen Häufigkeitsverteilung zwischen den Geschlechtern (Sex-Ratio). Diese fällt bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten (z.B. Anmeldezahlen von Spezialkliniken) zugunsten des Anteils an geburtsgeschlechtlich weiblichen Jugendlichen aus. Hier wird in mehreren Studien übereinstimmend eine Sex-Ratio in der Größenordnung von 80:20 angegeben (Aitken et al., 2015; De Graaf, Carmichael, et al., 2018; De Graaf, Giovanardi, et al., 2018; Steensma et al., 2018; Zhang et al., 2021). Eine solche ungleiche Sex-Ratio findet sich in bevölkerungsbasierten Befragungen von Jugendlichen zu selbst empfundener nonkonformer Geschlechtsidentität nicht (siehe vorangegangenen Abschnitt 2.2), was dafürspricht, dass es keinen geschlechtsspezifischen „Trans-Hype“ insbesondere bei geburtsgeschlechtlichen Mädchen gibt. Die Diskrepanz bei den Sex Ratios zwischen repräsentativ erhobenen Selbstauskünften gender-nonkonformer Jugendlicher und selektiven Inanspruchnahmezahlen von Gesundheitsdiensten deutet vielmehr auf geschlechtsbezogene Unterschiede in der Schwelle zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen bei gender-nonkonformen Personen. Dennoch hat die o.g. Beobachtung zu einer Kontroverse darüber geführt, ob eine persistierende Geschlechtsinkongruenz insbesondere bei Jugendlichen mit bei Geburt weiblich zugewiesenem Geschlecht hinreichend valide diagnostizierbar ist, und wie einer möglichen Gefahr der Überdiagnostizierung dieser Gruppe begegnet werden könne. Die im Anhang ausgeführten abweichenden Empfehlungen von Gesundheitsbehörden in einigen anderen Ländern (Schweden, Finnland, England) heben u.a. diese Befürchtung hervor. So wird in den Ausführungen der Schwedischen Gesundheitsbehörde *Socialstyrelsen* sowie im *Cass Review* für den *NHS England and Wales* u.a. auf die aus Sicht der Autor*innen angeblich nicht hinreichend aufgeklärte Beobachtung dieser stark verschobenen Sex-Ratio bei behandlungssuchenden Jugendlichen verwiesen, ohne dass auf die bekannte nicht entsprechend verschobene Sex Ratio bei bevölkerungsrepräsentativen Erhebungen Bezug genommen wird (Cass, 2024; Socialstyrelsen, 2022).

Auch wenn die derzeit ungleiche Häufigkeitsverteilung nach Geburtsgeschlecht von sich in Spezialzentren für GD vorstellenden Jugendlichen noch nicht abschließend aufgeklärt ist, erscheinen folgende drei Befunde für zu diskutierende Hypothesen bemerkenswert. Sie erlauben jedoch keine verallgemeinerbaren Aussagen und bedürfen weiterer empirischer Überprüfung:

- In einer Analyse von $N = 420$ kumulativ gesammelten Begutachtungen von Personen bis 19 Jahren, die eine Namen- und Personenstandsänderung nach dem deutschen Transsexuellengesetz (TSG) beantragt hatten und die fast ausnahmslos positiv beschieden wurden, fand sich für diese Altersgruppe in gleicher Weise eine Sex-Ratio von 80:20 zugunsten von antragstellenden Personen mit bei Geburt weiblich zugewiesenem Geschlecht (Meyenburg et al., 2021). In diesem Zusammenhang ist es wichtig, die Anforderungen an eine solche Begutachtung nach dem TSG zu

kennen: Diese muss durch *zwei voneinander unabhängige psychiatrische oder psychologische Sachverständige* erfolgen, die durch einschlägige Expertise in der diagnostischen Beurteilung dieses Personenkreises ausgewiesen sein müssen. Deren gutachterlicher Auftrag ist es, eingehend zu prüfen, ob sich die antragstellende Person über einen Zeitraum *von mindestens drei Jahren* anhaltend *und ausgeprägt dem anderen Geschlecht zugehörig fühlt* („innerer Zwang"), sowie ob nach diagnostischer Beurteilung auf Basis des wissenschaftlichen Erkenntnisstandes mit *sehr hoher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen ist, dass sich hieran nichts mehr ändern wird*. Aufgrund dieser auf maximale Spezifität (= Verhinderung falsch positiver Zuordnung) angelegten gutachterlichen Prüfkriterien wäre zu erwarten, dass Jugendliche, die z.B. in einer vorübergehenden Identitätsfindungskrise mit ihrer Geschlechtsrolle hadern, keine positiv bestätigenden Begutachtungen erhalten würden. Demnach kann in der Kohorte dieser Studie, die berichtete ungleiche Gender-Ratio *nicht* plausibel mit einer *selektiv geschlechtsbezogenen Tendenz* zu falsch positiven Fällen durch einen Überhang identitätsunsicherer Mädchen in der Pubertät erklärt werden.

- Es gibt Anhaltspunkte dafür, dass aktuell in Deutschland der Schritt einer sozial gelebten Transition bei trans-weiblichen Personen im Durchschnitt etwa in einem um 10 Jahre höheren Alter erfolgt als bei trans-männlichen Personen. Dies könnte erklären, warum soziale Transitionen und damit auch medizinische Behandlungswünsche von trans-weiblichen Personen vor Erreichen des 20. Lebensjahrs deutlich seltener sind. Diese Beobachtung spiegelt sich in den von der Deutschen Gesellschaft für Transidentität und Intersexualität (dgti e.V.) ermittelten deutschlandweiten Zahlen zur nach Alter und Geschlecht verteilten Häufigkeit beantragter so genannter *Ergänzungsausweise* im Zeitraum 1999-2016, die ein Indikator für die Verlaufskinetik sozialer Transitionen sind (dgti e.V., Schaaf, 2019). Bei diesem Ergänzungsausweis handelt es sich um ein niedrigschwellig auf Wunsch ausstellbares Dokument, mit denen trans Personen, die bereits eine soziale Transition im Alltag leben, jedoch noch keinen gesetzlichen Namens- und Personenstandswechsel vollzogen haben, sich in Verbindung mit ihren amtlichen Ausweisdokumenten in Alltagssituationen unkompliziert ausweisen können (dgti.org). Diese Beobachtung unterschiedlicher Altershäufigkeiten bedarf, solange hierzu keine publizierten Studien mit Peer Review vorliegen, weiterer empirischer Überprüfung in künftigen Studien.
- Eine aktuelle epidemiologische Studie auf der Basis von deutschlandweit erhobenen Abrechnungsdaten der BARMER (Sekundärdaten), hat erstmals auf weitgehend repräsentativer Basis die Anstiege in den Inanspruchnahmezahlen für Gesundheitsdienstleistungen bei Jugendlichen (13-17 Jahre) mit diagnostizierter Geschlechtsdysphorie im Vergleich mit Erwachsenen (18-30 Jahre) untersucht (Nettermann et al., 2025). Dabei zeigte sich, dass sowohl beim zu beobachteten relativen Anstieg von Behandlungsfällen insgesamt, als auch bei den zu

geburtsgeschlechtlich weiblichen Personen verschobenen Sex Ratios die Trends über einen 12-Jahres-Zeitraum (2010-2021) bei Erwachsenen ähnlich waren wie bei den Jugendlichen (s.u. Abbildung 3 und 4). Dies spricht gegen die Hypothese, wonach diese Anstiege und verschobenen Sex Ratios als ein jugendspezifisches Phänomen zu erklären sind (z.B. als Ausdruck vermehrter psychosexueller Identitätskonflikte in der weiblichen Pubertät od. ähnl.).

Abbildung 3

Anstieg der Prävalenz codierter Geschlechtsdysphorie-Diagnosen deutschlandweit kalkuliert pro 100.000 Versicherte im Vergleich Jugendliche (13-17J) vs. Erwachsene (18-30J)

Anmerkung. Daten aus TRANSKIDS-CARE-Studie, Grafik aus zusammengeführten Daten aus Nettermann et al. (2024) und Nettermann et al. (2025).

Abbildung 4

Anstieg der Prävalenz codierter Geschlechtsdysphorie-Diagnosen deutschlandweit pro 100.000 Versicherte im 10-Jahresverlauf im Vergleich zwischen Jugendlichen und Erwachsenen getrennt nach bei Geburt zugewiesenem Geschlecht

Anmerkung. Daten aus TRANSKIDS-CARE-Studie (Nettermann et al., 2025).

3. Wie entwickelt sich nonkonforme Geschlechtsidentität?

Die Antwort auf die Frage, wie sich nonkonforme Geschlechtsidentität ausbildet und entwickelt, ist nicht abschließend geklärt. Es wird eine multifaktorielle Genese vermutet, an der biologische, soziale und psychologische Faktoren zusammenwirken. Die spezifischen ätiologischen Mechanismen und wechselseitigen Interaktionen sind dabei noch nicht gut verstanden. An dieser Stelle soll lediglich in einem kurzen Abriss auf aktuelle wissenschaftliche Befunde verwiesen werden, die für multifaktorielle Entstehungsmodelle herangezogen werden können.

Traditionelle Modelle der Entwicklung der Geschlechtsidentität bei Kindern und Jugendlichen gehen davon aus, dass biologische und psychologische Prozesse die Entwicklung der Geschlechtsidentität in einer Weise steuern, die typischerweise mit dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht übereinstimmt (Martin et al., 2002; Stoller, 2020). Normativ entfaltet sich nach diesen Modellen die Variabilität typischer und atypischer Ausformungen der gelebten *Geschlechtsrolle* innerhalb einer mit dem Geburtsgeschlecht *konformen Geschlechtsidentität.* Bleibt die Entwicklung der Geschlechtsidentität mit dem zugewiesenen Geschlecht in diesem Sinne konform, kann demnach das *soziale Geschlechtsrollenverhalten* einer Person mehr oder weniger typisch den wahrgenommenen soziokulturell geprägten Erwartungen entsprechen. Heranwachsende (cis-) Mädchen können sich im Laufe ihrer Entwicklung in unterschiedlicher Ausprägung als mehr oder weniger „typisch weiblich“ identifizieren, ohne ihre Selbstwahrnehmung als weibliche Person grundlegend in Frage zu stellen. Ebenso können sich (cis-) Jungen im Laufe ihrer Entwicklung jeweils als mehr oder weniger „typisch männlich“ identifizieren, ohne ihre Selbstwahrnehmung als männliche Person grundlegend in Frage zu stellen.

Im Falle einer persistierenden Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie entsprechend den diagnostischen Kriterien der ICD-11 bzw. des DSM-5 geht ein ausgeprägtes, anhaltendes und tiefgreifendes Erleben, wonach die empfundene Geschlechtsidentität einer Person nicht mit den körperlichen Gegebenheiten des bei Geburt zugewiesenen Geschlechts in Einklang zu bringen ist, deutlich über ein Unbehagen mit einer sozialen Geschlechtsrolle oder ein „Hadern“ mit wahrgenommenen soziokulturellen Erwartungen an eine weibliche oder männliche Rolle im Sinne einer *Gender-Unzufriedenheit* hinaus. Dies wird ggf. durch die klinische Beobachtung unterstützt, dass sich ein mit einer persistierenden Geschlechtsinkongruenz einhergehender geschlechtsdysphorischer Leidensdruck nicht allein durch ein sozial akzeptiertes Ausleben einer atypischen oder nonkonformen sozialen Geschlechtsrolle z.B. als maskulin typisierte weibliche Person (sog. „Tomboy“) oder feminin typisierte männliche Person auflösen lässt. Entsprechend besteht bei Jugendlichen mit einer diagnostizierten Geschlechtsinkongruenz nach einem vollzogenen sozialen Rollenwechsel in allen Lebensfeldern, auch wenn dieser durchweg mit erlebter sozialer Akzeptanz einhergeht, typischerweise

ein anhaltender geschlechtsdysphorischer Leidensdruck in Bezug auf das eigene körperliche Erscheinungsbild fort.

Für den publizierten Wissensstand zur Frage, welche genetischen, hormonellen, neuronalen und psychologischen Faktoren an der Entwicklung nonkonformer Geschlechtsidentitäten beteiligt sind, wird an dieser Stelle auf die hierzu verfügbaren Übersichtsarbeiten verwiesen (Ettner, 2020; Korpaisarn & Safer, 2019; Saleem & Rizvi, 2017; Skordis et al., 2020). In früheren Jahrzehnten dominierten hierzu Arbeiten zu psychosozialen Entstehungsmodellen. Diesen Hypothesen für gender-nonkonforme Entwicklungen (L. M. Diamond & Butterworth, 2008; Martin et al., 2002; Stoller, 2020) ist gemein, dass sie nicht zwischen Entwicklungen von Kindern und Jugendlichen mit atypischem Rollenverhalten und Entwicklungen mit persistierender Geschlechtsinkongruenz im Sinne eines transgeschlechtlichen Empfindens differenzieren. Dies kann als Schwäche dieser Konzepte angesehen werden.

Seit den 1990ern werden zunehmend biologische Entstehungsmodelle diskutiert, für deren Relevanz im Rahmen einer anzunehmenden multifaktoriellen Genese es einzelne Belege aus genetischen, endokrinologischen und neurowissenschaftlichen Studien gibt. Die Befundlage ist nicht eindeutig und als vorläufig zu bewerten. Die Annahme *genetischer Einflüsse* wurde mit Beobachtungen zu familiären Häufungen von transgeschlechtlichen Personen (Gomez-Gil et al., 2010; Green, 2000), sowie mit der Beobachtung einer erhöhten Konkordanzrate der Transgeschlechtlichkeit in Zwillingsstudien begründet (Diamond, 2013). Diese lag in einer Studie bei 39% bei eineiigen im Vergleich zu unter 1% bei zweieiigen Zwillingen (Heylens et al., 2012). In einer schwedischen bevölkerungsbasierten Registerstudie an 67 Zwillingspaaren mit mindestens einem Zwilling mit einer GD-Diagnose war hingegen die Konkordanz der GD-Diagnose nur bei gemischtgeschlechtlichen (d.h. stets zweieiigen) Zwillingspaaren erhöht (37%), während sie bei gleichgeschlechtlichen Zwillingpaaren (die eineiig oder zweieiig sein können) bei 0% lag (Karamanis et al., 2022), was die Annahme eines direkten genetischen Determinismus relativiert, wenngleich dieses Ergebnis bislang nicht repliziert wurde. Des Weiteren wurden molekulargenetische Befunde zu Polymorphismen bei Östrogen- und Androgenrezeptorgenen berichtet, die mit Transgeschlechtlichkeit assoziiert sind (Bentz et al., 2008; Fernández et al., 2014b, 2014a, 2018; Hare et al., 2009; Henningsson et al., 2005).

Es gibt einige Studien, die mögliche *pränatale Einflüssen von Hormonen* auf die Entwicklung der Geschlechtsidentität vermuten lassen (Meyer-Bahlburg et al., 2008; Schneider et al., 2016). Bemerkenswert ist hierbei, dass es bislang keine Hinweise dafür gibt, dass abweichende Steroidhormonspiegel zu einem späteren Zeitpunkt der Entwicklung, insbesondere ab Eintritt der Pubertät, noch Einfluss auf die Geschlechtsidentität nehmen können. Hormonelle Einflüsse auf die Ausprägung geschlechtstypischen Rollenverhaltens bei pubertierenden gender-konform identifizierten Jugendlichen sind geläufig, es ist jedoch bislang kein Hinweis dafür bekannt, dass sich

unter dem Einfluss pubertärer Steroidhormonspiegel ein nach Pubertätseintritt bereits ausdifferenziertes Zugehörigkeitsempfinden zu einem Geschlecht ändern kann. So sind bislang z.B. unter Frauen mit einem postpubertär entstandenen Hyperandrogenismus (z.B. polyzystisches Ovar-Syndrom als dessen häufigste Ursache) keine erhöhten Raten von Geschlechtsinkongruenz (weiblich zu männlich) bekannt.

Neuronale Korrelate transgeschlechtlicher Identitäten im Sinne hirnstruktureller Befunde, anhand derer sich cis-geschlechtliche von transgeschlechtlichen Personen differenzieren lassen, werden auf Basis von hirnanatomischen Autopsiestudien (Garcia-Falgueras & Swaab, 2008; Kruijver et al., 2000; Taziaux et al., 2012; Zhou et al., 1995) diskutiert. Ein aktuell wachsender Forschungszweig sind zudem strukturelle MRT-Studien zur phänotypischen Differenzierung hirnstruktureller Muster von trans und cis Personen über jeweils beide geburtsgeschlechtlichen Gruppen, in denen Hinweise dafür berichtet werden, dass es sich bei transgeschlechtlichen Personen um eine eigene Entität handeln könnte, deren typische hirnstrukturellen Merkmale sich sowohl von denen cis-weiblicher als auch von denen cis-männlicher Personen signifikant häufig unterscheiden (Flint et al., 2020; Mueller et al., 2021; Rametti, Carrillo, Gómez-Gil, Junque, Segovia, et al., 2011; Rametti, Carrillo, Gómez-Gil, Junque, Zubiarre-Elorza, et al., 2011; Savic & Arver, 2011; Zubiaurre-Elorza et al., 2013). Da es sich sowohl bei den genannten hirnanatomischen wie auch bei den MRT-Studien um Querschnittsbefunde bei Erwachsenen handelt, lassen sich hiervon bislang keine kausalen Zusammenhänge ableiten.

Zusammenfassend ergeben sich nach bisherigem Wissensstand Hinweise dafür, dass im Sinne einer multifaktoriellen Ätiologie genetische, hormonelle, neurobiologische und psychosoziale Faktoren an der Entwicklung von GI beteiligt zu sein scheinen (Ettner, 2020; Korpaisarn & Safer, 2019; Saleem & Rizvi, 2017; Skordis et al., 2020). Die spezifischen ätiologischen Mechanismen und wechselseitigen Interaktionen sind jedoch noch nicht gut verstanden.

Glossar wichtiger in der Leitlinie verwendeter Begriffe

Begriff	Erläuterungen
Behandlungssuchende	Der Begriff „Behandlungssuchende“ wird im Text der Leitlinie verwendet, wenn hervorzuheben ist, dass in diesem Kontext minderjährige Patient*innen gemeinsam mit ihren sorgeberechtigten Angehörigen gemeint sind.
Bezugspersonen	Mit „Bezugspersonen“ werden alle Erziehenden von Kindern und Jugendlichen bezeichnet, unabhängig davon, ob sie aus juristischer Perspektive sorgeberechtigt sind.
cis, cisgender	Im Fließtext als Adjektive in Gegenüberstellung zu den Begriffen trans bzw. transgender benutzte Bezeichnung für alle Personen, bei denen die Geschlechtsidentität mit dem Geschlecht übereinstimmt, das bei Geburt aufgrund biologisch-anatomischer Merkmale zugewiesen wurde.
Coming-Out	Mit dem Begriff „Coming-Out“ wird im Leitlinientext in Differenzierung zum Begriff → „sozialer Rollenwechsel“ der gesamte Prozess des zunehmenden „Sich-Zeigens“ gegenüber der sozialen Umgebung in einer nonkonformen Geschlechtsrolle bezeichnet, die der aktuell empfundenen Geschlechtsidentität entspricht. Ein solcher Prozess verläuft häufig in mehreren Schritten unter Einbeziehung eines zunehmenden sozialen Radius.
Desistenz, Desisters	Mit dem Begriff „Desisters“ wird die Gruppe all derjenigen zusammengefasst, bei denen im Verlauf des Jugendalters keine entsprechende Persistenz einer Geschlechts-dysphorie mit Transitionswunsch berichtet wird (siehe Kapitel II. → *„Variante Entwicklungsverläufe (Persistenz, Desistenz und Detransition)*“). In der Forschungsliteratur wie in der Leitlinie wird der Begriff ausschließlich für Entwicklungsverläufe vom Kindes- ins Jugendalter verwendet.

Detransition	Im Leitlinientext wird der Begriff „Detransition“ für den Schritt der Abkehr von medizinischen Maßnahmen einer begonnenen oder abgeschlossenen Transition verwendet. Er wird also nur verwendet, wenn bereits geschlechts-angleichende körpermodifizierende medizinische Maßnahmen erfolgt sind. Dabei sind verschiedenartige Verläufe eingeschlossen, darunter auch solche, bei denen die Geschlechtsinkongruenz fortbesteht oder eine nicht-binäre Identität angegeben wird. Außerhalb des Leitlinientexts wird der Begriff zuweilen breiter verwendet, beispielsweise auch für die Rücknahme eines sozialen Rollenwechsels vor dem Beginn medizinischer Maßnahmen.
Einwilligungsfähigkeit (D) **Entscheidungsfähigkeit (A)** **Urteilsfähigkeit (CH)**	In den Rechtssystemen von Deutschland, Österreich und der Schweiz unterschiedlich genannte aber synonyme Begriffe für die ärztlich festzustellende Fähigkeit Minderjähriger, eine informierte Zustimmung zu einem medizinischen Eingriff zu geben (siehe Kapitel X. → *„Ethik und Recht“*).
Fachperson	Im Leitlinientext verwendete Bezeichnung für an Diagnostik und Behandlung beteiligte Angehörige definierter Berufsgruppen im Gesundheitswesen, z.B. Ärzt*innen, Psycholog*innen oder Psychotherapeut*innen.
gender-nonkonform	Der Begriff gender-nonkonform wird hier als allgemeine *Fremdbeschreibung* verwendet, um im fachlich-wissenschaftlichen Kontext Kinder und Jugendliche zu bezeichnen, deren beobachtbares Verhalten oder deren lt. *Selbstbeschreibung* empfundene Identität nicht dem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht entspricht. Der Begriff wird also unabhängig davon verwendet, ob die medizinische Diagnose einer anhaltenden/persistierenden Geschlechtsinkongruenz (bereits) gestellt wurde. Das Spektrum umfasst alle Kinder und Jugendlichen mit entsprechender Selbstbeschreibung inkl. verlaufsoffenen

	fluiden Entwicklungen (siehe Kapitel V. → *„Psychotherapie und psychosoziale Interventionen*“). Wir verwenden den Begriff „gender-nonkonform“ als allgemein beschreibenden Oberbegriff entsprechend den im anglo-amerikanischen Schrifttum gängigen Begriffen „gender-diverse“ und „gender-variant“, um Verwechslungen mit dem im Deutschen anderweitig verwendeten Begriff „divers“ für den dritten Geschlechtseintrag sowie den im Diskurs zu *Differences in Sexual Development* (DSD) so bezeichneten *Varianten der Geschlechtsentwicklung* (Intersexualität) zu vermeiden.
Gender-Unzufriedenheit	Der Begriff der „Gender-Unzufriedenheit“ (engl. gender-incontentedness) bezeichnet ein Spektrum weitgehend unspezifischer Äußerungen oder Selbstbeschreibungen, die mit einem subjektiven Unbehagen bzw. Störgefühl in Bezug auf gender-bezogene Rollenerwartungen oder die Antizipation einer erwachsenen Geschlechtsrolle einhergehen. Hierzu kann die Wunschfantasie gehören, lieber einem anderen Geschlecht anzugehören (z.B. „Ich wäre manchmal lieber ein Junge/Mädchen“). Gender-Unzufriedenheit ist ein im Jugendalter weit verbreitetes fluides Phänomen, das bei Jugendlichen mit psychischen Gesundheitsproblemen häufiger zu beobachten ist als in nicht-klinischen Populationen, und das meist nicht ins Erwachsenenalter persistiert. Es ist von Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie abzugrenzen.
Geschlechtsdysphorie (GD)	Der Begriff der Geschlechtsdysphorie wird im Sinne der gleichlautenden DSM-5-Diagnose (APA 2013) verstanden (siehe Kapitel I. → *„Präambel der Leitlinie*“). Er beschreibt einen Zustand des Unbehagens, Stress oder Leids, der auftritt, weil die Geschlechtsidentität einer Person von dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht abweicht. Nicht alle trans und non-binäre Menschen leiden unter

	Geschlechtsdysphorie. Um im Text der Leitlinie präzise zu unterscheiden, ob mit dem Begriff der Geschlechts-dysphorie (GD) eine gestellte Diagnose oder ein zur Diagnostik führendes Zustandsbild gemeint ist, wird dies in der Umschreibung präzisiert, z.B. mit dem Zusatz „Jugendliche mit diagnostizierter GI bzw. GD“ oder „Jugendliche mit geschlechtsdysphorischen Beschwerden/ Symptomen“.
Geschlechtsinkongruenz (GI)	Der Begriff Geschlechtsinkongruenz (GI) wird im Sinne der ICD-11 Diagnosen HA60 und HA61 verstanden (siehe Kapitel I. → „*Präambel der Leitlinie*“). Er beschreibt die ausgeprägte und anhaltende Erfahrung einer Person, dass ihre Geschlechtsidentität nicht mit dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht übereinstimmt. Um im Text der Leitlinie präzise unterscheiden zu können, ob eine gestellte Diagnose oder ein zur Diagnostik führendes Zustandsbild gemeint ist, wird z.B. der Zusatz „Jugendliche mit diagnostizierter GI“ oder „Jugendliche mit gender-nonkonformer Selbstbeschreibung“ verwendet.
informierte Einwilligung	Engl. „informed consent“ - bezeichnet im Zusammenhang mit einer medizinischen Behandlung die von hinreichend umfassender Information und Aufklärung sowie darauf basierendem reflektierten Verständnis getragene Einwilligung des Patienten bzw. der Patientin in eine medizinische Maßnahme.
Non-binäre Geschlechtsidentität, Nicht-binäre Geschlechtsidentität	Eine non-binäre Geschlechtsidentität wird im subjektiven Empfinden einer Person zu ihrer *Geschlechtszugehörigkeit* jenseits der binären Zweigeschlechtlichkeit von männlich und weiblich verortet. Im Leitlinientext verwenden wir den Begriff als Überbegriff für verschiedene nicht-binäre Identifikationen, z.B. zwischen männlich und weiblich, jenseits der Geschlechter oder im Verlauf des Lebens fluide Geschlechtsidentitäten.

Non-binäres Rollenverständnis, nicht-binäres Rollenverständnis	Der Begriff „non-binäres Rollenverständnis“ wird im Leitlinientext in Differenzierung zu dem Begriff „non-binäre Geschlechtsidentität“ verwendet, um ein reflektiertes Verständnis einer Person zur eigenen Geschlechtsrolle zu bezeichnen, welches nicht in heteronormativen Vorstellungen von „männlich“ oder „weiblich“ verhaftet ist, sondern die eigene Rolle jenseits gesellschaftlicher Rollenerwartungen definiert (siehe Kapitel I und V → *„Präambel der Leitlinie*“ und *„Psychotherapie und psychosoziale Interventionen*“).
Patient*in	Der Begriff Patient*in wird im Text der Leitlinie in seiner sozialrechtlichen Bedeutung für die Personen verwendet, für die eine zu erbringende medizinische Leistung im Gesundheitswesen (einschließlich Diagnostik und Beratung) ad personam definiert ist (siehe Kapitel I. → *„Präambel der Leitlinie*“). An Stellen im Text, wo medizinische Leistungen nicht im Zentrum stehen, wird im Sinne der Entpathologisierung bewusst auf den Begriff verzichtet.
Persistenz, persistierend	Mit dem Begriff der Persistenz wird ein zeitliches Überdauern einer Geschlechtsinkongruenz nach Eintritt der Pubertät ins Jugendalter hinein bezeichnet (siehe Kap. VII. → Indikationsstellung zu körpermodifizierenden Maßnahmen).
Psychotherapeutische Prozessbegleitung	Der Begriff der psychotherapeutischen Prozessbegleitung ist hier nicht im engeren Sinne der definierten Richtlinienpsychotherapie gemeint, sondern umfasst alle Anwendungsformen psychosozialer Unterstützung durch psychotherapeutisch geschulte professionelle Helfer*innen mit dem Ziel des Erhalts oder der Verbesserung der seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit GI/GD (siehe Kapitel V. → *„Psychotherapie und psychosoziale Interventionen*“).
Sorgeberechtigte	Der Begriff „Sorgeberechtigte“ wird im Leitlinientext entsprechend der rechtlichen Definition entsprechend der jeweiligen nationalstaatlichen Gesetzgebungen verwendet (D/A/CH).

Sozialer Rollenwechsel, soziale Transition	Im Leitlinientext werden die Begriffe „sozialer Rollenwechsel“ und „soziale Transition“ synonym und in Abgrenzung zu Maßnahmen einer medizinischen Transition verwendet. Gemeint ist damit die Entscheidung, sich in einigen oder allen Lebensbereichen nicht nur dem eigenen Wunsch entsprechend beispielsweise zu kleiden und zu verhalten, sondern konsequent entsprechend der empfundenen Geschlechtsidentität angesprochen und respektiert zu werden (siehe u.a. Kapitel III. → „Sozialer Rollenwechsel im Kindesalter“).
trans, transgender	Synonyme Adjektive, die sich auf die **Selbstbeschreibung** bzw. geäußerte Zugehörigkeit zu einem Spektrum non-konformer Geschlechtsidentitäten beziehen (unabhängig von einer gestellten Diagnose), non-binäre trans Identitäten sind hierbei miteingeschlossen.
Zuweisungsgeschlecht zugewiesenes Geschlecht	Das „Zuweisungsgeschlecht“ oder auch das bei der Geburt „zugewiesene Geschlecht“ (engl. „sex assigned at birth“) bezieht sich *entsprechend der Begrifflichkeit der ICD-11* auf den Status einer Person als männlich, weiblich oder intersexuell, basierend auf körperlichen Merkmalen – in der Regel aufgrund des Aussehens der äußeren Genitalien – zum Zeitpunkt nach der Geburt. Da sich der Begriff des Zuweisungsgeschlechts auf diesen konkreten Zeitpunkt bezieht, bleibt er im Lebensverlauf stets eindeutig definiert, unabhängig von ggf. durchgeführten medizinischen Transitionsbehandlungen.

Kapitel I

Präambel der Leitlinie

1. **Warum eine Präambel?**
2. **Text der Präambel**

1. Warum eine Präambel?

Diese Leitlinie gibt medizinische Empfehlungen zu einem Themenfeld, in dem die internationale medizinische Fachwelt in den vergangenen zwei Jahrzehnten einen Paradigmenwechsel vollzogen hat. Der Weltärztebund forderte 2015 die Anerkennung nonkonformer Geschlechtsidentitäten als nicht-pathologische Normvarianten der menschlichen Entwicklung und deren konsequente Entpathologisierung in allen Bereichen der Medizin (World Medical Association, 2015). Die zuvor vertretene Auffassung, wonach Transgeschlechtlichkeit als eine psychopathologische Fehlentwicklung der Geschlechtsidentität verstanden wurde, hat sich – vergleichbar der Homosexualität, die bis 1977 ebenfalls noch Störung angesehen wurde – als wissenschaftlich nicht haltbar erwiesen. Entsprechend wurden in der ICD-11 der WHO (2022) die in der ICD-10 (WHO, 2019) noch so definierte Kategorie der so genannten „*Störungen der Geschlechtsidentität*“ und damit auch die frühere psychiatrische Diagnose des vormals so genannten „*Transsexualismus*“ aus dem Katalog psychischer Störungen gestrichen.

Die hinter diesen diagnostischen Begriffen stehenden Störungskonzepte gelten als obsolet, auch wenn Diagnosen vorerst noch nach der alten ICD-10 (WHO, 2019) zu kodieren sind. Stattdessen wurde in der ICD-11 (WHO, 2022) die neue Diagnose der *Geschlechtsinkongruenz* außerhalb des Katalogs psychischer Störungen unter einer neuen Rubrik *Zustände mit Bezug zur sexuellen Gesundheit (engl.: conditions related to sexual health)* neu definiert. Daraus ergeben sich Implikationen für die professionelle Haltung gegenüber Menschen mit nonkonformen Geschlechtsidentitäten für im Gesundheitswesen Tätige. Diesbezügliche Empfehlungen sind nachfolgend in Kapitel IX → *„Professionelle Interaktion und diskriminierungssensibler Umgang mit gender-nonkonformen Kindern und Jugendlichen*“ näher ausgeführt. Aktuelle Leitlinien medizinischer Fachgesellschaften haben diesen Paradigmenwechsel hin zu konsequenter Entpathologisierung sowie zu weitgehender Individualisierung von Behandlungswegen bereits vollzogen, so auch die S3-Leitlinie der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) für das Erwachsenenalter *Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit* (DGfS, 2018).

Auch die deutsche Gesetzgebung ist mit dem Gesetz zum Verbot von Konversionsbehandlungen, das explizit Kinder und Jugendliche mit empfundener nonkonformer Geschlechtsidentität vor als unethisch angesehenen Therapieversuchen schützt, dieser Neuausrichtung gefolgt. Die Erklärung des Deutschen Ethikrates (2020) betont zudem die Schutzwürdigkeit des Rechts auf Selbstbestimmung von Kindern und Jugendlichen bezüglich ihrer geschlechtlichen Identität und fordert bei medizinischen Behandlungsentscheidungen im Jugendalter eine sorgsame Abwägung von Nutzen und Risiken *sowohl* einer erwogenen Behandlung *als auch* eines Unterlassens einer solchen Behandlung. Hierbei ist die Partizipation und Selbstbestimmung der minderjährigen Person ebenso angemessen zu berücksichtigen, wie der Schutz vor verfrüht

getroffenen Behandlungsentscheidungen mit möglichen schädlichen Folgen für den Fall, dass eine Geschlechtsinkongruenz nicht persistiert. Hier ist zu betonen, dass wie in anderen Bereichen der Medizin auch durch größtmögliche medizinische Sorgfalt niemals eine absolute Sicherheit gewährleistet werden kann, dass Behandlungsentscheidungen nicht zu einem späteren Zeitpunkt bereut werden (siehe Abschnitt zu *Detransition* in Kapitel II → *„Variante Entwicklungsverläufe“).*

Diese Herausforderungen führen zu Kontroversen grundsätzlicher Natur, die weit über die Medizin hinaus auch in Gesellschaft und Politik geführt werden. Auch innerhalb der Leitlinienkommission wurde von Beginn an kontrovers diskutiert. Im Interesse eines zielführenden, transparenten und konstruktiven Prozesses hat die Leitlinienkommission für ihren Umgang mit den genannten Grundsatzfragen folgende Vorgehensweise verfolgt:

- Bei internen Diskussionen zu konsensbasierten Empfehlungen sollte jeweils die maximal mögliche Konsensbasis innerhalb der Kommission ausgelotet werden mit dem Ziel, den künftigen Anwender*innen der Leitlinie eine fachliche Orientierung auf der Basis eines möglichst *starken Expert*innenkonsens* (> 95%) zu vermitteln.
- Zudem wurde die im folgenden dargestellte Präambel mit *starkem Konsens* (> 95%) mit dem Ziel konsentiert, dem Leitlinientext einige zentrale Grundhaltungen voranzustellen, die die Kommission für wesentlich hält, und die die aktuellen medizinischen, ethischen und rechtlichen Diskurse angemessen und ausgewogen berücksichtigt.

2. Text der Präambel

Konsentiert mit starkem Konsens (> 95%)

1. Die Leitlinie orientiert sich an den ethischen Prinzipien des Respekts vor der Würde und Selbstbestimmung der Person sowie des Wohltuns und Nicht-Schadens und hat zum Ziel, diese Prinzipien im Behandlungssetting zu realisieren.

2. Übergeordnetes Ziel der Leitlinie ist, den Zugang von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz[1] und/oder Geschlechtsdysphorie[2] zu einer fachgerechten Information und Behandlung auf der Basis wissenschaftlich und ethisch anerkannter Standards zu verbessern und ihnen dadurch eine bestmögliche gesundheitliche Entwicklung zu ermöglichen.

3. In Achtung der Würde der Behandlungssuchenden unterstützt die Leitlinie den Abbau von Diskriminierung und die Entpathologisierung von Personen, deren Geschlechtsidentität nicht mit ihrem anatomischen bzw. bei Geburt zugewiesenen Geschlecht übereinstimmt. Dies schlägt sich u.a. in der gewählten Begrifflichkeit nieder. Der Begriff der *„Geschlechtsidentitätsstörung“* aus der ICD-10 (WHO, 2019) wird daher nicht mehr verwendet. Stattdessen werden nach ICD-11 (WHO, 2022) und DSM-5 (APA, 2013) die Begriffe *„Geschlechtsinkongruenz“* und *„Geschlechtsdysphorie“* verwendet.

4. Patient*innen[3] mit Geschlechtsinkongruenz und/oder Geschlechtsdysphorie weisen vielfältige individuelle Entwicklungsverläufe auf. Beratung und Behandlung sollen dementsprechend auf Individuen und ihre Bedürfnisse zugeschnitten sein. Die Leitlinie soll eine fachliche Orientierung für bestmögliche individuelle Behandlungsentscheidungen bieten.

5. Die Leitlinie ist im Prozess ihrer Entwicklung der Idee der Partizipation aller involvierten Parteien, einschließlich transidenter Personen und ihrer Angehörigen verpflichtet. Die Evaluation bisheriger Erfahrungen Behandlungssuchender[4] im Gesundheitswesen fließt

[1] Der Begriff Geschlechtsinkongruenz wird im Sinne der ICD-11 Diagnosen HA60 und HA61 verstanden (siehe Glossar zu Begrifflichkeiten).
[2] Der Begriff der Geschlechtsdysphorie wird im Sinne der DSM-5 Diagnosen F64.0 und F64.2 (APA 2013) verstanden (siehe Glossar zu Begrifflichkeiten).
[3] Der Begriff Patient*in wird im Text der Leitlinie in seiner sozialrechtlichen Bedeutung für die Personen verwendet, für die eine zu erbringende medizinische Leistung im Gesundheitswesen (einschließlich Diagnostik und Beratung) ad personam definiert ist.
[4] Der Begriff Behandlungssuchende wird im Text der Leitlinie verwendet, wenn hervorzuheben ist, dass in diesem Kontext minderjährige Patient*innen gemeinsam mit ihren sorgeberechtigten Angehörigen gemeint sind (siehe Glossar zu Begrifflichkeiten).

insbesondere zur Verbesserung des Behandlungsangebots und zur Vermeidung von Diskriminierung in die Neufassung der Leitlinie ein.

6. Die geschlechtliche Identität einer Person ist höchstpersönlicher Natur. Die Förderung der Selbstbestimmung und – soweit notwendig – der Selbstbestimmungsfähigkeit ist deshalb ein wesentliches Anliegen im Behandlungssetting mit minderjährigen Patient*innen. Therapieansätze, die implizit oder explizit von dem Behandlungsziel getragen sind, das Zugehörigkeitsempfinden einer Person zu einem Geschlecht in eine bestimmte Richtung zu lenken, werden als unethisch angesehen.

7. Psychotherapeutische Unterstützung[5] soll Behandlungssuchenden zur Begleitung z.B. einer ergebnisoffenen Selbstfindung, zur Stärkung des Selbstvertrauens, zur Bewältigung von Diskriminierungserfahrungen oder zur psychischen Vor- und Nachbereitung von Schritten im Prozess einer Transition niedrigschwellig angeboten und verfügbar gemacht werden. Eine Verpflichtung zu Psychotherapie als Bedingung für den Zugang zu medizinischer Behandlung ist aus Gründen des Respekts vor der Würde und Selbstbestimmung der Person ethisch nicht gerechtfertigt.

8. Entscheidungen für medizinische Maßnahmen, die in eine nicht abgeschlossene biologische Reifeentwicklung eingreifen, implizieren eine besondere Herausforderung und ethische Verantwortung für alle Beteiligten. Zu berücksichtigen sind einerseits die im Einzelfall anzunehmende potentielle Ergebnisoffenheit der psychosexuellen und Identitätsentwicklung sowie andererseits die stetig zunehmende Irreversibilität der somatosexuellen Reifeentwicklung und die ggf. daraus resultierenden erhöhten Risiken für die psychische Gesundheit. Bei der Entscheidung für medizinische Behandlungsschritte zur Pubertätsunterbrechung oder Geschlechtsangleichung im Jugendalter ist daher eine sorgfältige Abwägung von zu erwartendem Nutzen und Risiko vorzunehmen. Die möglichen gesundheitlichen Folgerisiken einer von Betroffenen im Nachhinein bereuten Entscheidung für eine medizinische Behandlung oder einer sich aus anderen Gründen als fehlindiziert herausstellenden Behandlung sind demnach gegenüber Gesundheitsrisiken abzuwägen, die sich bei einem Aufschub oder Nicht-Einleiten einer medizinischen Behandlung ergeben können.

[5] Der Begriff der psychotherapeutischen Unterstützung ist hier nicht im engeren Sinne der definierten Richtlinienpsychotherapie gemeint, sondern umfasst alle Anwendungsformen psychosozialer Unterstützung durch psychotherapeutisch geschulte professionelle Helfer*innen (siehe Ausführungen in Kapitel V → *„Psychotherapie und psychosoziale Interventionen“*).

9. Die Leitlinie soll als fachliche Grundlage für verantwortungsvolle medizinische Behandlungsentscheidungen dienen, die im Sinne eines *Shared Decision Making* gemeinsam von Behandelnden, minderjährigen Patient*innen und ihren Sorgeberechtigten zu treffen sind. Die Leitlinie soll hierfür Orientierung bieten, insbesondere für die Anforderungen an eine hinreichende Aufklärung und Beratung, die es Behandlungssuchenden ermöglicht, Wesen, Bedeutung und Tragweite der jeweiligen Behandlungsoptionen zu verstehen und darüber zu entscheiden.

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN):

Der Vorstand der DGPPN, deren Mandatsträgerin die Präambel mitkonsentiert hat, teilte mit seinem konsentierenden Votum zur finalen Fassung der Leitlinie mit, dass er die Präambel in der o.g. beschlossenen Form nicht mitträgt.

Begründung siehe Anhang (bzw. *hier)*.

Kapitel II

Variante Entwicklungsverläufe (Persistenz, Desistenz und Detransition)

1. Einleitung und Leitfragen

2. Die Studienlage

2.1 Frühe Verlaufsstudien (60er bis 80er Jahre des 20. Jahrhunderts)

2.2 Neuere Studien (ab 2008)

2.3 Ergebnisse der neueren Studien

3. Zusammenfassung des empirischen Wissensstandes

3.1 In bisherigen Studien berichtete Persistenzraten

3.2 Fazit

4. Verläufe mit dem Outcome einer späteren Detransition

5. Empfehlungen für die professionelle Beratung

1. Einleitung und Leitfragen

Die Beobachtung, dass es vielfältige Verläufe geschlechtsvarianten Erlebens und Verhaltens in der Kindheit und Jugend gibt, wirft die Frage nach Prädiktoren für eine persistierende transgeschlechtliche Identität über die Pubertät hinaus bis ins Erwachsenenalter auf. Dies ist insbesondere bedeutsam, wenn bei einer diagnostizierten Geschlechtsinkongruenz (GI) mit Geschlechtsdysphorie (GD) im frühen Jugendalter die Frage einer Indikationsstellung für eine hormonelle Pubertätssuppression im Raum steht und hierfür aus dem bisherigen Entwicklungsverlauf Hinweise für eine, mit hinreichend hoher Wahrscheinlichkeit vorhersagbare Persistenz einer transidenten Entwicklung, zu bewerten sind. Die Annahme einer dauerhaften Persistenz der Geschlechtsinkongruenz ist mitentscheidend bei der individuellen Bewertung von Nutzen und Risiken, die eine Entscheidung für oder gegen einen medizinischen Eingriff in die somatosexuelle Reifeentwicklung mit sich bringen kann. Entwicklungsprozesse in Kindheit und Jugend weisen insbesondere im Hinblick auf die Identitätsentwicklung eine hohe Varianz auf und können fluide sein. Daher steht die Frage nach der Einschätzbarkeit bzw. *Feststellbarkeit* einer persistierenden Geschlechtsinkongruenz bei Kindern und Jugendlichen im Kern ethischer Debatten zu medizinischen Behandlungsoptionen bei Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie, die eine Pubertätsblockade oder geschlechtsangleichende Hormonbehandlung wünschen. Der Deutsche Ethikrat hat sich 2020 in einem Bioethik-Forum mit dieser Thematik beschäftigt und anschließend eine Empfehlung verabschiedet. Darin wird die ethische Problematik wie folgt skizziert:

„Bei Kindern und Jugendlichen, ohnehin eine besonders vulnerable Gruppe, erfordern die im Kontext von Transidentität erwogenen therapeutischen Maßnahmen eine besondere ethische Reflexion. Eine Spannung entsteht dadurch, dass sich einerseits Reflexions- und Entscheidungsfähigkeit im Heranwachsenden erst entwickeln und andererseits die in der Pubertät stattfindende körperliche Entwicklung Zeitdruck schafft. In dieser Situation können sowohl die in Betracht gezogenen Behandlungsmöglichkeiten als auch deren Unterlassung schwerwiegende und teils irreversible Folgen haben. Für die beteiligten Erwachsenen – die sorgeberechtigten Eltern und die behandelnden Fachleute – stellt sich dabei überdies die Aufgabe, sowohl die Vorstellungen und Wünsche des Kindes zu berücksichtigen als auch dessen Wohl zu schützen. Die ethische Herausforderung besteht darin, Minderjährige auf dem Weg zu einer eigenen geschlechtlichen Identität zu unterstützen und zugleich vor – teils irreversiblen – Schäden zu bewahren“ (Deutscher Ethikrat, 2020).

Vor dem Hintergrund, dass es innerhalb des bekannten Spektrums von Entwicklungsverläufen sowohl sehr eindeutige Verläufe einer früh im Entwicklungsverlauf erkennbaren dauerhaft

persistierenden Geschlechtsinkongruenz gibt, als auch Verläufe bekannt sind, in denen die Geschlechtsidentität im Jugendalter über einen längeren Zeitraum fluide bleibt und es zur so genannten *Desistenz* (= *Nicht-Persistenz*) des geschlechtsinkongruenten Empfindens kommt, besteht international in der medizinischen Fachwelt weitestgehend Einigkeit darin, dass Jugendliche mit diagnostisch gesicherter Geschlechtsinkongruenz nicht grundsätzlich vom Zugang zu medizinischen Interventionen ausgeschlossen werden sollen. Auch die aktuellen nationalen Empfehlungen in den Ländern Schweden, Finnland sowie des NHS (National Health Service) England (ohne Schottland, Wales und Nordirland), die im Vergleich zu Leitlinien internationaler medizinischer Fachgesellschaften sowie dieser Leitlinie restriktiver sind, enthalten Empfehlungen für die Indikation zu Pubertätsblockern und geschlechtsangleichenden Hormonbehandlungen im Jugendalter. Sie definieren lediglich strengere Indikations- und Zugangskriterien (siehe Kapitel im Anhang → „*Divergierende Behandlungsempfehlungen in anderen Ländern für Kinder und Jugendliche mit Geschlechtsinkongruenz*“).

Unsere Leitlinie folgt den Empfehlungen des Deutschen Ethikrates (2020) und der Nationalen Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin der Schweiz (2024) darin, dass fachgerechte und ethisch gut vertretbare Behandlungsentscheidungen im Jugendalter nur auf der Basis einer umfassenden Beurteilung des Einzelfalles und darauf basierender individueller Nutzen-Risiko-Abwägung zu vertreten sind. Hierzu ist eine hinreichende Kenntnis des Wissensstandes zur Varianz von Entwicklungsverläufen gender-nonkonformer Kinder- und Jugendlicher unverzichtbar, der im folgenden Kapitel dargestellt wird. Daraus werden abschließend konsensbasierte Empfehlungen abgeleitet. Bezüglich der hohen klinischen Relevanz der diagnostischen Einschätzung der Persistenz einer Geschlechtsinkongruenz als zeitlich anhaltendes Phänomen verweisen wir auf das Kapitel VII → „*Indikationsstellung für körpermodifizierende medizinische Interventionen*“.

Leitfragen an die Leitlinie:

- Welche Erkenntnisse gibt es zum Spektrum varianter Entwicklungsverläufe von Kindern und Jugendlichen mit gender-nonkonformem Verhalten sowie zu Kindern und Jugendlichen mit Hinweisen auf das Vorliegen einer Geschlechtsinkongruenz?
- Gibt es Evidenz für prognostisch relevante Merkmale bei Kindern und Jugendlichen mit Anzeichen einer Geschlechtsinkongruenz oder Geschlechtsdysphorie, anhand derer sich zukünftig so genannte *Desisters* von *Persisters* unterscheiden lassen?

2. Die Studienlage

Zunächst ist zu klären, wie Persistenz und Nicht-Persistenz (im Folgenden in Anlehnung an das angloamerikanische Schrifttum *Desistenz* genannt), zu definieren sind. Hierbei ist die historische Herkunft dieser Begriffe zur Vermeidung unbeabsichtigter Konnotationen kritisch zu erwähnen. Der Begriff der Persistenz wurde im psychologischen Schrifttum zunächst für störungsrelevantes Problemverhalten (u.a. bei der Störung des Sozialverhaltens) verwendet, woraus sich für Desistenz die Bedeutung einer „Rückkehr zu normalgesundem Verhalten“ ableiten ließe (Temple Newhook et al., 2018). Im Kontext der Forschung zu varianten Entwicklungsverläufen von Gender-Nonkonformität vom Kindes- ins Jugendalter sind diese Begriffe in rein deskriptivem Sinn etabliert. Eine Konnotation im Sinne von Problemverhalten oder einer Abkehr davon ist hiermit nicht intendiert. Unterschieden werden hierbei in den vorliegenden empirischen Studien zwei Gruppen von Kindern aus klinischen Inanspruchnahmepopulationen, die *vor Eintritt* in die Pubertät klinisch vorgestellt wurden:

- Mit dem Begriff *Persisters* wird die Gruppe derer bezeichnet, die im Verlauf der Pubertät eine dauerhaft anhaltende Geschlechtsinkongruenz mit Geschlechtsdysphorie zeigten und in der Regel den Weg einer Transition weitergegangen sind, was meist mit medizinischen Behandlungsschritten zur Pubertätssuppression und/oder Geschlechtsangleichung *noch im Jugendalter* verbunden war.
- Mit dem Begriff *Desisters* wird die Gruppe all derjenigen *Kinder* zusammengefasst, bei denen *im Verlauf des Jugendalters* keine entsprechende Persistenz einer Geschlechtsdysphorie mit Transitionswunsch berichtet wurde. Dies lässt jedoch keinen pauschalen Rückschluss darüber zu, in welcher Häufigkeit diese *Desisters* sich dauerhaft kongruent mit ihrem Geburtsgeschlecht identifizierten – oder sich zum Zeitpunkt der Studien-Befragung auf dem Weg der Entwicklung ihrer erwachsenen Geschlechtsidentität noch in einem fluiden und damit ergebnisoffenen Prozess befanden (Steensma & Cohen-Kettenis, 2018; Temple Newhook et al., 2018). Die beiden Begriffe *Persisters* und *Desisters* wurden für diesen Kontext entsprechend von den Autor*innen der niederländischen Arbeitsgruppe um Cohen-Kettenis und Steensma in die Diskussion eingeführt. Diese waren an ihrem spezialisierten Behandlungszentrum in Utrecht und später Amsterdam weltweit die ersten, die pubertätssupprimierende und geschlechtsangleichende Hormonbehandlungen für Jugendliche mit Geschlechtsdysphorie nach einzelfallbezogener Indikationsstellung durchführten und hierzu Follow-Up-Studien publizierten (Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997; de Vries et al., 2011). Steensma und Cohen-Kettenis (2018) heben in einem publizierten Diskussionsbeitrag rückblickend hervor, dass ihre Verlaufsstudien aufgrund ihrer teils selektiven Fallzusammensetzung *nicht* geeignet sind, verallgemeinerbare Prävalenzraten für *Persisters* (sogenannte *Persistenzraten*) abzuleiten. Dies sei auch nicht die Zielsetzung der

Verlaufsstudien gewesen. Diese hatten zum vorrangigen Ziel, die Variationsbreite von Entwicklungsverläufen aufzuzeigen und *mögliche früh erkennbare Merkmale* einer im Jugendalter persistierenden Geschlechtsdysphorie mit Behandlungswusch zu identifizieren (Steensma & Cohen-Kettenis, 2018). Dies sollte die Entscheidungssicherheit bei anstehenden Indikationsstellungen für Hormonbehandlungen bei Minderjährigen erhöhen helfen (Steensma & Cohen-Kettenis, 2018).

Die phänomenologische Vielfalt gender-nonkonformer Geschlechtsexpression bei Kindern macht eine begriffliche Schärfung für die Beschreibung von Entwicklungsverläufen sowie eine klare Definition der eingangs im Kindesalter untersuchten Verlaufskohorten notwendig. Tatsächlich gingen bisherige Studien in Abhängigkeit von unterschiedlichen Fragestellungen entsprechend unterschiedliche Wege. So berichten frühere Verlaufsstudien aus den 60er bis 80er Jahren des 20. Jahrhunderts, die von einem breiten Spektrum von Kindern mit geschlechtsatypischen Verhaltensweisen (überwiegend geburtsgeschlechtliche Jungen, die früh feminine Verhaltensweisen zeigten) ausgehen, hohe Raten eines späteren homosexuellen Outcomes im Jugendalter. Dagegen befassten sich neuere Studien ab 2008 gezielter mit den Entwicklungsverläufen von Kindern aus klinischen Inanspruchnahmepopulationen spezialisierter Gender-Kliniken, bei denen eine „Geschlechtsidentitätsstörung“ (entsprechend den früheren Kriterien nach ICD 10 und DSM III-R oder IV) vermutet oder diagnostiziert wurde. Hier ist wichtig anzumerken, dass die diagnostischen Kriterien für eine *Geschlechtsdysphorie im Kindesalter* im Diagnosesystem *DSM-5* (American Psychiatric Association, 2013) im Vergleich zu den älteren Kriterien für eine sog. Störung der Geschlechtsidentität im Kindesalter nach ICD-10, DSM III-R oder IV nochmals dahingehend enger gefasst wurden, dass die Diagnose nach DSM-5 nicht mehr vergeben werden kann, wenn ausschließlich gender-nonkonformes Rollenverhalten im Vordergrund steht. Um die diagnostischen Kriterien nach DSM-5 zu erfüllen, wird hingegen gefordert, dass u.a. eine starke explizite positive Identifizierung mit einem anderen als dem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht (d.h. Einfordern, diesem Geschlecht anzugehören anstatt nur rollentypisches Verhalten zu zeigen) und/oder ein ausgeprägt körperbezogener geschlechtsdysphorischer Leidensdruck (geäußertes Unbehagen mit dem angeborenen Genitale) vorliegt (American Psychological Association, 2015). So muss, um die diagnostischen Kriterien nach DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) erfüllen zu können, mindestens eines der folgenden geschlechtsdysphorischen Symptome gegeben sein:

- „starker Wunsch, dem anderen Geschlecht anzugehören oder bestehen darauf, dass dies so sei,“
- „starkes Unbehagen über Anatomie des eigenen Genitals,“

- „starker Wunsch nach den körperlichen Geschlechtsmerkmalen des subjektiv erlebten Geschlechts.“ (American Psychological Association, 2015, S. 620f, siehe Kriterien nach DSM-5 im Kapitel VII → *„Indikationsstellung für körpermodifizierende und medizinische Interventionen*“)

Da das DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) zum Zeitpunkt, zu dem die in den vorliegenden Studien untersuchten Kinder diagnostiziert wurden, noch nicht vorlag, gibt es keine validen Daten zur späteren Persistenzhäufigkeit von Kindern, bei denen eine Geschlechtsdysphorie des Kindesalters nach den engeren DSM-5-Kriterien diagnostiziert wurde.

In den vorliegenden Verlaufsstudien mit klinischen Kohorten zu Persistenz oder Desistenz einer Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter wurden ausschließlich Kinder untersucht, die bereits präpubertär aufgrund ihres gender-nonkonformen Erlebens und Verhaltens Gesundheitsdienste in Anspruch genommen hatten. Entsprechend wurde eine Persistenz damit definiert, dass die betreffenden Kinder *nach Eintritt der Pubertät* im weiteren Verlauf eine dauerhaft anhaltende Geschlechtsdysphorie zeigten und dementsprechend eine Transition vollzogen einschließlich des Wunsches nach geschlechtsangleichender Hormonbehandlung. Diese Jugendlichen gelten dann – ausgehend von ihrem gender-nonkonformen Verhalten im Kindesalter – als *Persisters*. Insofern muss hinsichtlich der begrenzten verfügbaren Evidenz festgehalten werden, dass die vorliegenden Daten über Verlaufsformen nicht repräsentativ für alle Kinder und Jugendlichen mit einer Geschlechtsinkongruenz sind. Vielmehr wurden diese Daten aufgrund der Beobachtung einer selektiven Teilgruppe dieser Kinder gewonnen, nämlich derer, die bereits vor der Pubertät in einer Spezialeinrichtung (Gender Clinic) vorgestellt wurden. Damit gingen weder Jugendliche, bei denen eine Geschlechtsdysphorie erstmalig nach der Pubertät auftrat, noch Jugendliche mit Geschlechtsdysphorie, bei denen zwar rückblickend bereits aus der Kindheit gender-nonkonformes Verhalten berichtet wurde, die aber vor der Pubertät nicht für eine spezialisierte Diagnostik vorgestellt wurden, z.B. weil gender-nonkonformes Verhalten nicht als Problem gesehen wurde, in diese Studien ein. Zudem sagen die berichteten Persistenz- und Desistenzraten ab Kindheit nichts darüber aus, wie häufig oder wahrscheinlich bei Jugendlichen, bei denen nach eingetretener Pubertät eine Geschlechtsdysphorie besteht, diese persistiert.

2.1. Frühe Verlaufsstudien (60er bis 80er Jahre des 20. Jahrhunderts)

Ein Blick auf die bisherige Forschung zeigt, welchen Einfluss der historische Kontext auf die jeweiligen Herangehensweisen hat. Die älteren Follow-Up-Studien, die zwischen 1968 und 1987 veröffentlicht und vormals zur Einschätzung der so genannten Persistenzraten gender-nonkonformer Verhaltensweisen im Kindesalter herangezogen wurden (Bakwin, 1968; Davenport, 1986; Green, 1979, 1987; Kosky, 1987; Lebovitz, 1972; Money & Russo, 1979; Zuger, 1978, 1984), weisen einige Besonderheiten auf, die sie von den aktuelleren Studien ab 2008 unterscheiden. In einigen dieser Publikationen nimmt der Zusammenhang von gender-nonkonformem Verhalten bei Jungen im Kindesalter und einer später feststellbaren homosexuellen sexuellen Orientierung großen Raum ein. Bereits die Titel einiger dieser Publikationen[1] zeigen den starken Fokus auf homosexuelle Entwicklungsverläufe und geschlechtsvariante Ausdrucksweisen. Ihnen wurde teilweise vorgeworfen, von einem Bemühen um die Prävention homosexueller Entwicklungen geprägt zu sein (Bakwin, 1968; Kosky, 1987). Als weitere Limitation der Studien ist die häufig kleine Stichprobengröße zu nennen, die eine Vergleichbarkeit von Untergruppen einschränkt (Zucker, 2005). Die Ergebnisse dieser Studien sind daher nicht geeignet, aus ihnen die Schätzung einer allgemeinen Persistenzrate für Kinder mit gender-nonkonformen Verhaltensweisen abzuleiten. Sie liefern allenfalls Hinweise zur gesamten Bandbreite der Entwicklungsverläufe ohne, dass hieraus quantitative Aussagen ableitbar sind.

2.2. Neuere Studien (ab 2008)

Zwischen 1987 und 2008 sind keine Follow-Up Studien mehr erschienen. Es gab lediglich vorläufig berichtete Daten (Bradley & Zucker, 1990; Cohen-Kettenis, 2001), die in spätere Publikationen einflossen (Ristori & Steensma, 2016).

Ab 2008 lassen sich vier Studien identifizieren, die sich in Form quantitativer Follow-Up-Studien vornehmlich mit den Verläufen einer nach DSM-5 oder ICD-10 operationalisierten „Geschlechtsidentitätsstörung“ mit Beginn im Kindesalter beschäftigt haben. Dabei ist anzumerken, dass zwei Studien durch die Spezialklinik in Toronto und zwei Studien durch die Spezialklinik in Utrecht/Amsterdam durchgeführt wurden. Zudem ist die qualitative Follow-Up-Untersuchung von Steensma et al. (2011) zu berücksichtigen. Auch wurden die deskriptiven Daten einer Stichprobe aus der Frankfurter Spezialambulanz, die in der Monografie von Meyenburg (2020) dargestellt wird, zur Bewertung hinzugezogen.

---

[1] Beispielsweise Zuger (1984): „Early Effeminate Behavior in Boys. Outcome and Significance for Homosexuality“ und Green (1987) „The ‚sissy boy syndrome‘ and the development of homosexuality“

2.2.1. Quantitative Studien

Die Studie von Wallien und Cohen Kettenis (2008) berichtet über die Verläufe von 77 niederländischen Kindern (*N* = 59 geburtsgeschlechtlich männlich; *N* = 18 geburtsgeschlechtlich weiblich), die zum Zeitpunkt der Erstvorstellung in der niederländischen *Gender Clinic* im Mittel 8,37 Jahre und zum Zeitpunkt des Follow-Up im Mittel 19,24 Jahre alt waren. Der gesamte Untersuchungszeitraum umfasste die Jahre 1989 bis 2005. Bei Erstvorstellung wiesen anteilig 75,3*%* der Kinder die Diagnose „Geschlechtsidentitätsstörung" (GID) nach DSM III-R auf.

Ebenfalls 2008 wurde die Studie von Drummond et al. (2008) publiziert, in der über 25 geburtsgeschlechtlich weibliche Kinder aus Kanada berichtet wird, die in der *Gender Clinic* in Toronto vorgestellt wurden. Hier lag das mittlere Alter bei Kindheits-Erhebung bei 8,88 Jahren und zum Zeitpunkt des jeweiligen Follow-Up bei 23,24 Jahren. Der berücksichtigte Zeitraum erstreckt sich auf die Jahre von 1975 bis 2004. In diesem Sample war die Diagnose GID (nach den DSM-Versionen III, III-R und IV) anteilig bei 60*%* der Kinder vergeben worden.

Die Stichprobe der zweiten kanadischen Studie (Singh, 2012) umfasst 139 geburtsgeschlechtlich männliche Kinder, deren mittleres Alter bei Erstvorstellung bei 7,49 Jahren und zum Follow-Up bei 20,58 Jahren lag. Die entsprechenden Daten wurden zwischen 1975 und 2009 gesammelt. Die GID-Diagnose (nach den DSM-Versionen III, III-R und IV) wurde anteilig bei 63,3% der Kinder gestellt.

Die zweite niederländische Studie (Steensma et al., 2013) schließt insgesamt die Fälle von 127 Kindern ein (davon *N* = 48 geburtsgeschlechtlich weiblich und *N* = 79 geburtsgeschlechtlich männlich). Das durchschnittliche Alter bei der Ersterhebung lag bei 9,15 Jahren und zum Follow-Up bei 16,14 Jahren. Erhoben wurden Daten zwischen den Jahren 2000 und 2008. Die Diagnose GID (nach DSM-IV) lag bei anteilig 63*%* der Kinder vor.

Die genannten Studien unterscheiden sich in einigen Punkten voneinander, sowohl in Bezug auf die methodischen Herangehensweisen als auch hinsichtlich der berichteten Ergebnisse.

2.2.2. Qualitative Untersuchung von Steensma et al. (2011)

Diese Auswertung von 25 biografischen Interviews hatte zum Ziel, qualitative Merkmale herauszuarbeiten, anhand derer sich Entwicklungsverläufe späterer *Persisters* von denen späterer *Desisters* unterschieden. Als ein wichtiges Ergebnis wurde u.a. berichtet, dass die Altersspanne zwischen 10 und 13 Jahren sowohl von den *Persisters* als auch von den *Desisters* als kritisch bzw. weitgehend entscheidend für den späteren Entwicklungsverlauf war. In diesem Zusammenhang schienen für die Jugendlichen insbesondere die körperlichen Veränderungen im Zuge der einsetzenden

Pubertät, den damit einhergehenden Veränderungen im sozialen Umfeld und Erfahrungen mit Verliebtheit bedeutsam.

Weiterhin zeigte sich, dass spätere *Desisters* in der Kindheit eher *den Wunsch* geäußert hatten, einem anderen Geschlecht anzugehören, während es für spätere *Persisters* eher typisch war, zu artikulieren, bereits tatsächlich dem anderen Geschlecht anzugehören (z.B. „Ich bin ein Mädchen“ vs. „Ich möchte lieber ein Mädchen sein“).

2.2.3. Daten der Frankfurter Spezialambulanz

Die deskriptiven Daten der von Meyenburg (2020) beschriebenen klinischen Stichprobe (*N* = 46 bei Follow-Up) zeigen einen großen Unterschied der Persistenzrate in Abhängigkeit vom Alter bei der Erstvorstellung. Ein persistierender Verlauf lag deutlich seltener bei den Kindern vor, die vor dem 12. Lebensjahr erstmalig vorgestellt wurden. Hier betrug der Anteil der *Persisters* 33*%.* Im Vergleich dazu ergab sich bei 88*%* derjenigen, die ab 13 Jahren – also unter dem Einfluss einer begonnenen Pubertätsentwicklung – vorstellig geworden waren, ein persistierender Verlauf der GD. Dies entspricht den klinischen Erfahrungen einschlägiger Behandlungszentren und unterstreicht, dass bei einer nach Pubertätsbeginn (fort-)bestehenden Geschlechtsdysphorie deren Persistenz deutlich wahrscheinlicher ist, wohingegen im Vergleich hierzu bei Anzeichen für eine Geschlechtsinkongruenz oder Geschlechtsdysphorie im Kindesalter von einer deutlich höheren Wahrscheinlichkeit ihrer späteren Desistenz auszugehen ist.

2.2.4. Methodische Unterschiede in der Definition von Persistenz und Desistenz

Singh (2012) definiert *Persisters* als jene Teilnehmende, die bei der Follow-Up-Erhebung mindestens eines der folgenden drei Kriterien erfüllen: (1) Ein mittlerer Wert im *Gender Identity/Gender Dysphoria Questionnaire for Adolescents* (Deogracias et al., 2007) von drei oder niedriger, (2) Zutreffen von zwei oder mehr Items im *Gender Dysphoria Questionnaire* (Zucker et al., 1996*)*, (3) Vorliegen starker Hinweise auf das Vorliegen einer Geschlechtsdysphorie aus den geführten Interviews. Bei Drummond et al. (2008) wurde Persistenz angenommen, wenn entweder die Diagnose GID (nach DSM-IV) bei Follow-Up vorlag oder sich aus den geführten Interviews starke Hinweise hierfür ergaben.

In den niederländischen Studien (Steensma et al., 2013; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008) fällt auf, dass zur Gruppe der *Desisters* nicht nur jene Jugendlichen (beziehungsweise Erwachsenen) gezählt werden, die im Rahmen einer persönlichen Teilnahme an den Follow-Up-Erhebungen als *Desisters* identifiziert wurden. Stattdessen werden auch alle *Nonresponder* (jene Teilnehmende, die nicht für eine Follow-Up-Erhebung erreicht wurden) als *Desisters* aufgefasst. Hintergrund hierfür ist, dass die Amsterdamer Klinik die einzige auf die Versorgung von Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie

spezialisierte Klinik in den Niederlanden ist. Dies bewog Autoren zu der Annahme, dass alle ehemaligen Patient*innen, die die Klinik zu einem späteren Zeitpunkt nicht mehr in Anspruch nahmen, den *Desisters* zuzuordnen seien. Da es vielfältige Ursachen für eine Nicht-Teilnahme bzw. Ausscheiden aus der Untersuchung geben kann, wurde kritisch hinterfragt, inwiefern es gerechtfertigt ist, *Nonresponder* zu den *Desisters* zu zählen (Temple Newhook et al., 2018).

Wie Steensma und Cohen-Kettenis (2018) in einem Diskussionsbeitrag zu ihren Studien ausführen, war dieses Vorgehen u.a. von der Operationalisierung von Persistenz geleitet, die v.a. den anhaltenden Wunsch nach Beginn einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung *noch im Jugendalter* einschloss, wohingegen Desistenz mit Nicht-Persistenz entsprechend dieser Operationalisierung gleichzusetzen war. Demnach ist Desistenz in dieser Definition nicht gleichzusetzen mit einer festgestellten dauerhaften *Aussöhnung* mit dem körperlichen Geburtsgeschlecht, sondern kann ebenso fluide und ins Erwachsenenalter im Hinblick auf die Geschlechtsidentität offenbleibende Entwicklungsverläufe umfassen (Steensma & Cohen-Kettenis, 2018). Weiterhin wurden Fälle eingeschlossen, in denen lediglich Eltern Auskunft erteilen konnten.

2.2.5. Verlaufsstudien von Kindern mit sozialem Rollenwechsel vor der Pubertät

Kinder, die bereits vor der Pubertät einen vollständigen sozialen Rollenwechsel vollziehen, sind als hochselektive Untergruppe des Spektrums gender-nonkonformer Kinder anzusehen, bei der deutlich häufiger eine Geschlechtsinkongruenz ins Jugendalter beschrieben ist. Die Studienlage zu dieser Untergruppe wird separat im Kapitel III → *„Sozialer Rollenwechsel im Kindesalter“* dargestellt.

2.3. Ergebnisse der neueren Studien

2.3.1. Persistenzraten

Aufgrund der dargestellten Unterschiede hinsichtlich der Definition von Persistenz und Desistenz zwischen den Studien, liegt es nahe, eine differenzierte Darstellung der Persistenzraten vorzulegen, und Re-Analysen (Nonhoff, 2018) vorzunehmen, die in der folgenden Tabelle veranschaulicht werden.

Tabelle 2

Ermittelte Persistenzraten von nonkonformer Geschlechtsidentität im Kindesalter in Abhängigkeit von definierten Einschlusskriterien

	Drummond et al., 2008	Singh, 2012	Wallien & Cohen-Kettenis, 2008	Steensma et al., 2013
N zur Baseline	25	139	77	127
Altersbereich zur Baseline	3 – 12	3 – 12	5 – 12	6 – 12
M (Alter) zur Baseline	8,9	7,5	8,4	9,2
Altersbereich zum Follow-Up	15 – 36	13 – 39	16 – 28	15 – 19
M (Alter) zu Follow-Up	23,2	20,6	18,9	16,1
Persistenzraten in %				
gesamt wie berichtet	12,0	12,2	27,3	37,0
gesamt ohne Nonresponder[a]	12,0	12,2	39,0	47,5
weiblich[b]	12,0	-	50,0	50,0
männlich[b]	-	12,2	20,3	29,1
mit GID-Diagnose[c]	13,3	13,6	36,2	55,0
mit GID-Diagnose, ohne Nonresponder[d]	13,3	13,6	50,0	63,8
ohne GID-Diagnose[e]	10,0	9,8	0,0	6,4

Anmerkungen. Angaben zum Alter in Jahren, alle weiteren Angaben (außer *N*) in *%*.

[a] Hier bleiben diejenigen Studienteilnehmenden, die sich nicht selbst zurückgemeldet haben bzw. die nicht für ein Follow-Up erreichbar waren, unberücksichtigt.

[b] „weiblich“ bzw. „männlich“ bezieht sich jeweils auf das bei der Geburt zugewiesene Geschlecht: Raten, wenn nur bestimmtes Geschlecht berücksichtigt wird.

[c] Raten, wenn nur Fälle berücksichtigt werden, bei denen bereits in der Kindheit eine GID-Diagnose vergeben worden ist.

[d] Raten, wenn nur solche Fälle berücksichtigt werden, bei denen die Teilnehmenden sowohl bereits in der Kindheit eine GID-Diagnose hatten als auch am Follow-Up teilgenommen haben.

[e] Raten, wenn in der Kindheit keine GID-Diagnose vergeben worden ist.

Die in Tabelle 2 dargestellten Ergebnisse zeigen erwartungsgemäß, dass die jeweils ermittelten Persistenzraten in Abhängigkeit von den angewandten Einschlusskriterien (Diagnose „Störung der Geschlechtsidentität“ in der Kindheit erfüllt?, Non-Responder zu Desisters gezählt?) erheblich variieren. Dies schränkt neben der Selektivität der Stichproben die Verallgemeinerbarkeit der jeweils ermittelten Persistenzraten im Hinblick auf ihre Verallgemeinerbarkeit im Sinne einer Auftretenswahrscheinlichkeit stark ein. Insbesondere aus dem Zusammenhang gerissene Pauschalaussagen ohne präzise Definition der Ausgangskriterien (Alter, GD-Diagnose), wie z.B. die häufig von Populärmedien aufgegriffene Zahl, wonach angeblich 80% geschlechtsdysphorischer Jugendlicher keine bleibende Transidentität entwickeln würden, können nicht durch Evidenz gestützt werden. Allenfalls die Aussage, wonach bei Kindern mit gender-nonkonformem Rollenverhalten, bei denen die diagnostischen Kriterien für eine Geschlechtsdysphorie *nicht* erfüllt sind, ein hoher bis sehr hohen Anteil im Jugendalter keine persistierende Geschlechtsdysphorie entwickelt, kann durch Evidenz gestützt werden. Ferner fällt ein starker Zentrumseffekt auf. Die Persistenzraten, die in Toronto ermittelt wurden, waren deutlich geringer als die in den niederländischen Studien. Hier ist das jeweils dahinterstehende Behandlungskonzept kritisch zu betrachten, das zwischen beiden Zentren erheblich divergierte. In Toronto gehörte es zum expliziten Konzept, bei Kindern eine Behandlung mit dem Ziel zu empfehlen, die Wahrscheinlichkeit einer Persistenz einer Transsexualität zu reduzieren (Zucker et al., 2012).

Ein solcher Behandlungsansatz wäre aus heutiger Sicht nicht nur unethisch, sondern in Deutschland, nach dem im Mai 2020 verabschiedeten Gesetz zum Schutz vor Konversionsbehandlungen, sogar verboten. Es sind unter Berücksichtigung des damaligen Behandlungsansatzes der Gender Clinic in Toronto zumindest zwei mögliche Biases zu berücksichtigen (Temple Newhook et al., 2018): Erstens bedingt der genannte Kontext der Inanspruchnahme, dass dort vorgestellte präpubertäre Kinder überrepräsentiert waren, deren Eltern gender-nonkonformes Verhalten als problematisch ansahen verbunden mit dem Wunsch, eine mögliche Transsexualität ihres Kindes „abzuwenden“. Da zweitens die professionelle Grundhaltung der Behandelnden an dieser Klinik in die gleiche Richtung ging, wäre zu erwarten, dass in einer dort untersuchten Stichprobe Kinder unterrepräsentiert waren, die als Jugendliche weiterhin geschlechtsdysphorisches Empfinden oder Verhalten zeigten. In einer Klinik, in der ein persistierender Verlauf von Kindern mit Geschlechtsinkongruenz als ungünstiger Verlauf angesehen wurde und an den therapeutischen Bemühungen in der erklärten Absicht unternommen wurden, diesen Outcome möglichst unwahrscheinlicher werden zu lassen, ist anzunehmen, dass zumindest bei einem Teil der dort behandelten Kinder mit persistierender Transidentität diese in der ungehinderten Entfaltung ihrer Identität gehemmt wurden.

In der Amsterdamer Klinik hingegen gehörte es zum expliziten Konzept, allen potenziellen Entwicklungsverläufen geschlechtsvarianter Kinder mit einer gleichsam offenen und akzeptierenden Haltung zu begegnen. Dies war verbunden mit dem Angebot, im Falle persistierender Geschlechtsdysphorie eine soziale Transition mit pubertätsunterdrückender und geschlechtsangleichender Hormonbehandlung zu unterstützen, ohne dies als günstigen oder ungünstigen Outcome zu konnotieren (Steensma & Cohen-Kettenis, 2018). Die Autor*innen heben zudem selbst hervor, dass das Ziel der niederländischen Studien nicht die Ermittlung einer repräsentativen Persistenzrate gewesen sei, sondern die Darstellung der Variationsbreite von Entwicklungsverläufen und die Ermittlung von diskriminierenden Prädiktoren, die die diagnostische Einschätzung persistierender Verläufe insbesondere im früheren Jugendalter erleichtern, unterstützen sollten (Steensma & Cohen-Kettenis, 2018).

2.3.2. Prädiktoren

Neben der Einschätzung, wie wahrscheinlich bzw. wie häufig ein persistierender Verlauf im Allgemeinen ist, interessiert vor allem die Frage nach möglichen Faktoren, die eine Vorhersage in individuellen Fällen erlauben (Prädiktoren). Es wurden folgende Prädiktoren untersucht:

Vorliegen einer GID-Diagnose[2] *bereits in der Kindheit* (Singh, 2012; Steensma et al., 2013; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008)

- Es fanden sich deutlich erhöhte Persistenzraten bei Feststellung einer GID-Diagnose in der Kindheit im Vergleich zu den Inanspruchnahmefällen, bei denen die (damaligen) Kriterien einer GID-Diagnose in der Kindheit nicht erfüllt waren.
- Wallien et al. (2008) weisen darauf hin, dass in ihrer Studie nur für die geburtsgeschlechtlichen Jungen und nicht für die Mädchen ein signifikanter Zusammenhang zwischen GID-Diagnose in der Kindheit und Persistenz gefunden wurde.
- Steensma et al. (2013) berichten hingegen unabhängig vom Geschlecht einen signifikanten Effekt einer GID-Diagnose in der Kindheit auf die Wahrscheinlichkeit der Persistenz.

Das bei Geburt zugewiesene Geschlecht (Steensma et al., 2013; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008)

- Die beiden niederländischen Studien berichten beide von einer höheren Wahrscheinlichkeit der Persistenz einer Geschlechtsdysphorie bei geburtsgeschlechtlichen Mädchen bzw. trans Jungen.

[2] GID – Gender Identity Disorder of Childhood nach ICD-10, DSM-III-R oder DSM-IV

Das Alter zum Zeitpunkt der Erstvorstellung in der Kindheit (Singh, 2012; Steensma et al., 2013; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008)

- Wallien et al. (2008) können keinen Alterseinfluss auf die Wahrscheinlichkeit der Persistenz berichten.
- Die differenzierte Analyse von Steensma et al. (2013) spricht im Allgemeinen dafür, dass die Persistenzwahrscheinlichkeit bei Kindern, die bei Erstvorstellung jünger waren, geringer ist. Aufgrund der kleineren Teilstichprobe geburtsgeschlechtlicher Mädchen erwies sich dieser Einfluss aber nur für geburtsgeschlechtliche Jungen als signifikant, wenn das Alter als Prädiktor gesondert nach Geschlechtern untersucht wurde.
- Bei Singh (2012) zeigte sich der Zusammenhang ähnlich: Kinder, die zum Zeitpunkt der Erstvorstellung in der Kindheit älter waren, zählten mit einer höheren Wahrscheinlichkeit zu den späteren *Persisters.*

Die Ausprägung geschlechtsinkongruenten Verhaltens (Drummond et al., 2008; Singh, 2012; Steensma et al., 2013; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008)

- Drummond et al. (2008) und Singh (2012) weisen auf einen signifikanten Einfluss geschlechtsvarianten Verhaltens in der Kindheit auf die Persistenzwahrscheinlichkeit hin.
- Wallien et al. (2008) berichten, dass das Ausmaß geschlechtsvarianten Verhaltens in der Kindheit für geburtsgeschlechtliche Jungen, nicht aber für Mädchen einen signifikanten Prädiktor darstellt.
- Bei Steensma et al. (2013) deuteten im Rahmen bivariater Analysen sämtliche entsprechenden Maße bei hohen Ausprägungen auf eine höhere Persistenzwahrscheinlichkeit hin.

Vollzogener früher sozialer Rollenwechsel (Steensma et al., 2013)

- Allgemein betrachtet erwies sich ein früher sozialer Rollenwechsel als signifikanter Prädiktor einer persistierenden Entwicklung (ohne, dass sich hier Kausalitäten ableiten lassen). Getrennt nach Geschlechtern und im Rahmen multivariater Analysen, zeigte sich aber nur für geburtsgeschlechtliche Jungen ein signifikanter Einfluss.

2.3.3. Epidemiologische Daten zum Verlauf von Gender-Unzufriedenheit im Jugendalter

In einer aktuellen Longitudinalstudie mit einer Kohorte von 2772 Jugendlichen (53% männlich/ 47% weiblich) einer Normpopulation aus der *Tracking Adolescents' Individual Lives Survey Population* sowie einer klinischen Vergleichskohorte wurde die Entwicklung der geschlechtsspezifischen Unzufriedenheit, d.h. der Unzufriedenheit mit dem Geschlecht, das dem eigenen Geburtsgeschlecht

entspricht, von der frühen Adoleszenz bis zum jungen Erwachsenenalter (Alter 11-26 Jahre) im Verlauf an sechs Erhebungszeitpunkten untersucht (Rawee et al., 2024). Zudem wurde der Zusammenhang von subjektiver Geschlechtsunzufriedenheit mit dem Selbstkonzept, mit Verhaltens- und emotionalen Problemen und der sexuellen Orientierung im Erwachsenenalter untersucht. Die geschlechtsspezifische Unzufriedenheit wurde in allen sechs Erhebungswellen jeweils mit dem Item "Ich wünsche mir, dem anderen Geschlecht anzugehören" aus dem *Youth and Adult Self-Report* (YSR/ASR) erfasst. Verhaltens- und emotionale Probleme wurden anhand der Gesamtwerte dieser Skalen in allen sechs Wellen gemessen. Die sexuelle Orientierung wurde im Alter von 22 Jahren durch Selbstauskunft ermittelt.

Zu Beginn der Pubertät (11 Jahre) gaben 10% der Teilnehmenden an, „manchmal“ mit ihrem Geschlecht unzufrieden zu sein, 2% gaben an, dies treffe „oft“ zu. Die Prävalenz nahm mit zunehmendem Alter ab und lag beim Alter von 26 Jahren bei 2% für „manchmal“ und 1% für „oft“. Es wurden drei Typen von Entwicklungsverläufen einer Gender-Unzufriedenheit festgestellt: Durchgehend keine Gender-Unzufriedenheit fand sich bei 78% der Befragten, eine abnehmende Gender-Unzufriedenheit bei 19% und eine im Verlauf zunehmende Gender-Unzufriedenheit bei 2% der Befragten. Personen mit zunehmender Gender-Unzufriedenheit waren häufiger geburtsgeschlechtlich weiblich. Sowohl ein zunehmender als auch ein abnehmender Verlauf war mit geringerem Selbstwert, mehr Verhaltens- und emotionalen Problemen sowie einer nicht-heterosexuellen Orientierung im Erwachsenenalter assoziiert. Im Vergleich zur normativen Kohorte war in der klinischen Vergleichskohorte die Häufigkeit von Gender-Unzufriedenheit ab der zweiten Messung im Alter von 13-14 Jahren durchweg um 2-4% höher, wobei dies überwiegend durch die schwächere Ausprägung („manchmal“) bedingt war. Eine stärker ausgeprägte Gender-Unzufriedenheit („oft“) wurde bei der ersten Befragung im Alter von elf Jahren sowohl in der normativen Kohorte als auch in der klinischen Kohorte von 2% der Befragten bejaht. In den Altersstufen zwischen 13 und 24 Jahren betrug die Häufigkeit lediglich zwischen 0,01% und 0,05%, mit 26 Jahren erhöhte sie sich auf 1%.

Bei der Interpretation dieser Befunde ist wesentlich, dass das hier untersuchte Phänomen „Gender-Unzufriedenheit“, das allein anhand der Antwort „manchmal“ oder „oft“ beim Fragebogen-Item "Ich wünsche mir, dem anderen Geschlecht anzugehören" operationalisiert wurde, nicht mit dem Phänomen einer Geschlechtsinkongruenz oder Geschlechtsdysphorie gleichzusetzen ist. Insbesondere unter den Jugendlichen, die die Frage im Alter von 11-14 Jahren mit „manchmal“ bejahten, war diese eher als vage oder diffus zu bezeichnende Selbstauskunft im Laufe der weiteren Entwicklung überwiegend rückläufig.

Aus den Daten kann abgeleitet werden, dass eine passagere *Gender-Unzufriedenheit* ein weit verbreitetes Phänomen im Jugendalter ist, welches bei klinisch auffälligen Jugendlichen häufiger auftritt als in der Durchschnittsbevölkerung. Aus den Daten dieser Studie können keine Aussagen zur Häufigkeit einer Geschlechtsinkongruenz oder Geschlechtsdysphorie im Jugendalter sowie zu deren Persistenz im Entwicklungsverlauf abgeleitet werden. Es ist lediglich davon auszugehen, dass die Prävalenz der Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie im Jugendalter in der Größenordnung eines kleinen Bruchteils der berichteten Häufigkeiten von *Gender-Unzufriedenheit* liegen dürfte.

3. Zusammenfassung des empirischen Wissensstandes

Aus dem bisherigen Wissensstand lassen sich einige Prädiktoren in der präpubertären Kindheit ableiten, die mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für eine persistierende Geschlechtsdysphorie im Jugend- und Erwachsenenalter assoziiert sind. Diese Prädiktoren haben jedoch lediglich einen *relativen Vorhersagewert*. Es existiert bislang *kein gesichertes Merkmal,* das bei einer anzunehmenden Geschlechtsinkongruenz bzw., Geschlechtsdysphorie *im Kindesalter* eine Vorhersage eines persistierenden Entwicklungsverlaufes ins Jugendalter ermöglicht.

Zusammenfassend lassen sich folgende empirisch belegten Aussagen treffen:

3.1. In bisherigen Studien berichtete Persistenzraten

- Für Kinder, bei denen vor Eintritt der Pubertät die Diagnose einer „Geschlechtsdysphorie des Kindesalters“ nach den engeren Kriterien des DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) gestellt werden kann, wurden bisher *keine* Persistenz- bzw. Desistenzraten für eine Geschlechtsdysphorie im Jugendalter berichtet.
- Für Kinder, bei denen vor Eintritt der Pubertät die Diagnose einer „Geschlechtsidentitätsstörung des Kindesalters (nach früheren Kriterien von ICD-10 und DSM-III-R oder DSM-IV) gestellt wurde, wurden in einer heterogenen Studienlage anhand der Inanspruchnahmepopulationen zweier Behandlungszentren stark divergierende Persistenzraten für eine Geschlechtsdysphorie im Jugendalter zwischen 13% und 63% berichtet. Aufgrund methodischer Einschränkungen sind repräsentative Aussagen auch hier nicht möglich.

3.1.1. Prädiktor: Geschlecht

- Bei geburtsgeschlechtlich weiblichen Kindern mit Anzeichen für eine Geschlechtsdysphorie wurden im Vergleich zu geburtsgeschlechtlich männlichen Kindern mit höherer Wahrscheinlichkeit

persistierende Entwicklungsverläufe einer Geschlechtsdysphorie im Jugendalter berichtet (Steensma et al., 2013; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008).

3.1.2. Prädiktor: Ausprägung des geschlechtsinkongruenten Verhaltens und vollzogener sozialer Rollenwechsel

- Eine hohe Ausprägung des berichteten geschlechtsinkongruenten Erlebens und Verhaltens bzw. geschlechtsdysphorischer Symptome in der Kindheit sowie ein bereits in der Kindheit vollzogener sozialer Rollenwechsel gehen mit einer entsprechend höheren Persistenzwahrscheinlichkeit einer Geschlechtsdysphorie im Jugendalter einher (Drummond et al., 2008; Singh, 2012; Steensma et al., 2013; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008).

  Bei diesem Zusammenhang kann aus den berichteten Daten keine Aussage zu dessen Wirkrichtung abgeleitet werden. D.h., es kann keine Aussage darüber getroffen werden, ob sich ein in der Kindheit vollzogener sozialer Rollenwechsel vor Eintritt der Pubertät per se auf die Wahrscheinlichkeit eines persistierenden Entwicklungsverlaufes auswirkt. Ein möglicher Selektionseffekt ist zu berücksichtigen: Kinder mit bereits vor der Pubertät besonders ausgeprägter und damit wahrscheinlich persistierender Geschlechts-inkongruenz fordern häufiger einen sozialen Rollenwechsel bereits in der Kindheit ein (siehe Kapitel III → „*Sozialer Rollenwechsel im Kindesalter*“).

3.1.3. Prädiktor: Alter

- Je jünger ein Kind vor der Pubertät zum Zeitpunkt einer diagnostischen Vorstellung war, umso weniger vorhersehbar war innerhalb einer großen Variationsbreite von Entwicklungsverläufen die Wahrscheinlichkeit für eine im Jugendalter persistierende Geschlechtsdysphorie (Singh, 2012; Steensma et al., 2013).
- Für den Entwicklungsverlauf von Kindern, bei denen bereits vor Eintritt der Pubertät deutliche Hinweise für eine Geschlechtsdysphorie des Kindesalters bestehen, kann die Altersspanne von 10 bis 13 Jahren als kritische Phase angenommen werden, in der sich typischerweise klärt, ob eine Geschlechtsdysphorie persistiert oder nicht.

Da sich die berichteten Studien ausschließlich auf Entwicklungsverläufe von Jugendlichen beziehen, die bereits in der Kindheit aufgrund ihres gender-nonkonformen Verhaltens in einer hierfür spezialisierten Einrichtung des Gesundheitswesens (Gender Clinic/ Spezialsprechstunden) vorstellig wurden, erlauben die berichteten Daten zudem keinerlei Aussage zur prognostischen Wahrscheinlichkeit einer persistierenden Geschlechtsdysphorie, wenn eine *geschlechtsdysphorische Symptomatik erstmals nach Eintritt der Pubertät* für das soziale Umfeld erkennbar in Erscheinung tritt. Eine geschlechtsdysphorische Symptomatik kann in jedem Alter erstmalig nach außen in Erscheinung

treten. Insbesondere kann aufgrund einer von Eltern berichteten vermeintlich unauffällig geschlechtskonformen Entwicklung in der Kindheit nicht per se auf eine geringe Wahrscheinlichkeit eines persistierenden Outcomes einer GD geschlossen werden.

Bei der professionellen Beratung und Begleitung von Kindern mit anzunehmender Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie ist die Unsicherheit einer Vorhersage des weiteren Entwicklungsverlaufes, insbesondere die Tatsache, dass es bislang kein Kriterium gibt, anhand dessen *vor Eintritt der Pubertät* eine spätere Persistenz oder Desistenz einer Geschlechtsdysphorie im Jugendalter vorhergesagt werden könnte, angemessen zu berücksichtigen.

3.2. Fazit

Zusammenfassend ergeben sich aus dem bisherigen Wissensstand zu varianten Entwicklungsverläufen von Kindern mit Anzeichen einer Geschlechtsinkongruenz und/oder Geschlechtsdysphorie folgende empirisch gestützten Schlussfolgerungen:

- Eine subjektive Unzufriedenheit mit der Rolle des Geburtsgeschlechts (*Gender-Unzufriedenheit*) ist insbesondere in schwacher Ausprägung („manchmal“) ein häufiges Phänomen im frühen Jugendalter (bis zu 11%), welches überwiegend als passageres Entwicklungsphänomen einzuordnen ist und keine Aussage zum Vorliegen oder Nicht-Vorliegen einer Geschlechtsinkongruenz oder Geschlechtsdysphorie erlaubt.
- Die Datenlage erlaubt keine verallgemeinerbaren Annahmen zu anzunehmenden Persistenzraten der Geschlechtsinkongruenz von der Kindheit ins Jugendalter.
- Bei Kindern, die vor der Pubertät gender-nonkonformes Verhalten zeigen, entwickelt sich im Laufe der Pubertät häufig *keine* persistierende Geschlechtsdysphorie.
- Bei Kindern vor der Pubertät, die stark ausgeprägte Anzeichen einer Geschlechtsinkongruenz oder Geschlechtsdysphorie zeigen, ist die Wahrscheinlichkeit einer späteren Persistenz höher, insbesondere wenn eine entsprechende Diagnose bereits im Kindesalter gestellt werden kann.
- Aber: Vor Eintritt der Pubertät ist auch bei deutlichen Anzeichen einer Geschlechtsinkongruenz keine sichere Vorhersage einer Persistenz möglich.
- Bei Kindern, bei denen es vor der Pubertät deutliche Hinweise für eine Geschlechtsinkongruenz gibt, zeigt sich unter dem Einfluss der eingetretenen Pubertät typischerweise bis zum 13. Lebensjahr deutlich, ob eine Geschlechtsinkongruenz persistiert.

Hieraus ergeben sich folgende Implikationen für die Versorgungspraxis:

- Bei einem Kind vor Eintritt der Pubertät ist auch bei deutlichen Anzeichen einer Geschlechtsinkongruenz im Kindesalter, die Vorhersage einer *persistierenden Geschlechtsinkongruenz im Jugendalter* bislang nicht möglich (s.u. Empfehlung II.K.3 am Ende dieses Kapitels).
- Empfehlungen für jedwede medizinische Interventionen zur Unterstützung einer Transition sind daher vor Eintritt der Pubertät obsolet (siehe Empfehlungen im Kapitel VII → *„Indikationsstellungen für körpermodifizierende medizinische Interventionen"*).
- Eine vor Eintritt der Pubertät gestellte Diagnose einer *Geschlechtsinkongruenz im Kindesalter* (ICD-11: HA61) kann daher keinen medizinischen Handlungsbedarf begründen, sondern hat im Hinblick auf eine etwaige spätere Indikationsstellung für medizinische Maßnahmen allenfalls die Wertigkeit eines dokumentierten frühen Beginns der berichteten Anzeichen einer Geschlechtsinkongruenz. (siehe Empfehlungen im Kapitel VII → *„Indikationsstellungen für körpermodifizierende medizinische Interventionen"*).

4. Verläufe mit dem Outcome einer späteren Detransition

Wie oben referiert, werden in der Forschungsliteratur Jugendliche als *Desisters* (im Gegensatz zu *Persisters*) bezeichnet, wenn bei ihnen eine Geschlechtsinkongruenz, welche noch *im Kindesalter* vorlag, im Jugendalter nicht durchgehend vorhanden war (Steensma & Cohen-Kettenis, 2018; Temple Newhook et al., 2018). Es handelt sich also um ein Konstrukt aus Beobachtungsstudien an klinischen Inanspruchnahmepopulationen früherer Jahrzehnte, deren Ergebnisse nur sehr begrenzt auf den heutigen gesellschaftlichen Kontext übertragbar sind, u.a. deshalb, weil gender-nonkonformes Verhalten im Kindesalter von der heutigen Erwachsenwelt zunehmend weniger problematisiert wird und deshalb eine Inanspruchnahme von professionellen Diensten im Gesundheitswesen für präpubertäre Kinder zunehmend weniger als nötig angesehen wird. In neueren Veröffentlichungen wurde der Begriff der „Detransitioners" eingeführt, aber uneinheitlich verwendet (Expósito-Campos, 2021): Grundsätzlich sind damit Personen gemeint, die eine begonnene Transition abbrechen oder (teilweise) rückgängig machen, was in der Vergangenheit vollzogene Schritte einer sozialen, juristischen und/oder medizinischen Transition umfassen kann. Die Gründe hierfür können divergieren. Es können hiermit Personen bezeichnet werden, die sich nach einer Zeit mit empfundener Transidentität und vollzogenem Rollenwechsel wieder mit ihrem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht oder non-binär identifizieren und darum eine begonnene Transition abbrechen. Es können aber auch Personen gemeint sein, die aus äußeren Gründen (sozialer Druck, medizinische Gründe etc.)

eine Transition abbrechen oder rückgängig machen, bei denen die empfundene Transidentität aber fortbesteht.

Für Fragen der Patient*innensicherheit hat der gewünschte Abbruch einer geschlechtsangleichenden Behandlung eine besondere Bedeutung und soll darum an dieser Stelle betrachtet werden. Zum Teil wird Detransition nach geschlechtsangleichender Behandlung als negativer Outcome gesehen (Cohn, 2023; Entwistle, 2021). Gleichwohl sollte eine Detransition nicht mit *regret* (= Bedauern einer früheren Fehlentscheidung) gleichgesetzt werden. Bustos et al. (2021) schätzen in einer Metaanalyse die Häufigkeit von *regret* nach geschlechtsangleichenden Operationen bei Erwachsenen auf weniger als 1% bis 2% der operierten Personen. Personen müssen eine abgebrochene geschlechtsangleichende Behandlung aber nicht zwingend bedauern, sondern geben teilweise auch an, dass es für sie zum Zeitpunkt des Beginns dieser Behandlung ein stimmiger Schritt war. Auch kommt es vor, dass eine Detransition ihrerseits vorübergehend ist und es später zur Wiederaufnahme z.B. einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung kommt (Littman, 2021; Turban et al., 2021). Eine Detransition ist somit nicht zwingend als finaler Endpunkt einer geschlechtsdysphorischen Entwicklung zu verstehen, sondern kann passager sein. Bisher ist das Phänomen der Detransition nur wenig erforscht (Butler & Hutchinson, 2020). Es konnte anhand der für die Leitlinie zuvor systematisch rezipierten Literatur sowie durch Hinweise aus der Leitlinien-Steuerungsgruppe folgende Originalpublikationen für eine Übersicht der empirischen Datenlage zu Detransition nach begonnener geschlechtsangleichender Behandlung identifiziert werden:

In einer englischen Studie (Boyd et al., 2022) wurde ein retrospektives Chart Review aus einer allgemeinärztlichen Praxis u.a. über 41 Patient*innen durchgeführt, die mit geschlechtsangleichenden Hormonen behandelt wurden. Die geschlechtsangleichende Behandlung begann in fast allen Fällen während der Volljährigkeit. Es konnte nachvollzogen werden, dass von den genannten 41 Personen 4 trans Männer (10%) die Hormonbehandlung wieder abbrachen, d.h. detransionierten. Diese 4 Personen nahmen zuvor im Mittel seit 18 Monaten Androgene ein und hatten keine geschlechtsangleichende Operation durchführen lassen. Keine trans Frau oder nicht-binäre Person berichtete von Detransition. Die Autor*innen berichten, dass 32% der Patient*innen nicht fachärztlich bzgl. der Hormone behandelt wurden. Außerdem wurden 62% nicht nach den (inter-)nationalen Behandlungsstandards behandelt, was sich allerdings überwiegend auf somatomedizinische Aspekte bezieht und nicht auf die Standards der Indikationsstellung.

In einem weiteren retrospektiven Chart Review aus einem spezialisierten Gender-Service für Erwachsenen in England sichteten Hall et al. (2021) die Behandlungsakten von 175 Patient*innen. Dabei wurden auch andere Berichte bezüglich psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlungen

außerhalb des Behandlungszentrums mit einbezogen. Von den 175 Personen begannen 156 (89%) eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung. 61% der Patient*innen wurden bei der Geburt ein männliches Geschlecht zugewiesen und 39% ein weibliches. Bei der Erstvorstellung im Behandlungszentrum mussten die Patient*innen wenigstens 17 Jahre alt sein und der Altersmedian bei Erstvorstellung lag bei 25 Jahren. Bei 12 Patient*innen (7% von 175) kam es während der Behandlung oder bis zu 12 Monate danach zu einer Detransition nach Beginn einer Hormonbehandlung. Davon waren acht Personen geburtsgeschlechtlich männlich und vier Personen geburtsgeschlechtlich weiblich, was etwa der allgemeinen Geschlechtsverteilung in der Stichprobe entspricht. Weitere sechs Fälle zeigten einige Anzeichen ähnlich einer Detransition; es fand bei diesen aber zuvor keine kontinuierliche Hormonbehandlung statt.

In einer community-basierten Studie befragte Littman (2021) 100 selektierte Personen mit einer berichteten Detransitionserfahrung. 93% davon brachen eine geschlechtsangleichende Behandlung ab oder ließen sie rückgängig machen. 7% der Befragten brachen eine Pubertätsblockade ab. Die Teilnehmenden wurden über Detransitioner-Gruppen im Internet und Websites sowie über Mailinglisten von spezialisierten Behandelnden rekrutiert. Von den Teilnehmenden wurden 68% bei der Geburt dem weiblichen Geschlecht zugewiesen und 32% dem männlichen. Die Teilnehmenden waren im Mittel 22 Jahre alt ($SD = 6$), als sie zum ersten Mal Behandler*innen für eine geschlechtsangleichende Behandlung bzw. Pubertätsblockade aufsuchten. Höchstwahrscheinlich war also nur eine kleine Minderheit der Befragten zum Beginn der medizinischen Transition unter 18 Jahren alt. Es liegt für diese Subgruppe keine spezifische Auswertung vor. Es wurde im Mittel ein Intervall von drei Jahren zwischen dem Beginn und dem Absetzen der Hormonbehandlung angegeben. 50% der Befragten berichteten starken oder sehr starken *regret* über ihre Transition.

Die Gründe für die Detransition wurden von der Autorin zu folgenden Anteilen in nicht-ausschließliche Kategorien eingeordnet: Erkennen, dass die empfundene Geschlechtsdysphorie auf eine andere psychische Störung oder ein Trauma zurückgegangen war (58%); sozialer Druck für die ursprüngliche Transition (20%); ursprüngliche Transition sei auf internalisierte Misogynie zurückgegangen (7%); sozialer Druck (Stigmatisierung etc.) zu detransitionieren (29%); Identifikation als nicht-binär (16%). 55% der Befragten berichteten, dass bei ihnen eine psychische Störung diagnostiziert wurde, bevor die Geschlechtsdysphorie einsetzte. 57% der Befragten empfanden die Diagnostik vor dem Beginn ihrer Behandlung als unzureichend und mind. 46% der Befragten fühlten sich nicht ausreichend aufgeklärt.

Turban et al. (2021) werteten eine umfangreiche Befragung von trans Personen in den USA hinsichtlich (vergangenen) Detransitionen aus. In der Stichprobe sind also nur solche Personen

vertreten, die sich zum Befragungszeitpunkt (wieder oder nach wie vor) als trans identifizierten. 13% der jemals transitionierten Befragten gaben an, in der Vergangenheit (zeitweise) detransitioniert zu sein. Dies muss sich allerdings nicht auf eine geschlechtsangleichende Behandlung bezogen haben. In der Gruppe der Befragten mit Detransitionserfahrung waren Personen mit jeweils männlichem oder weiblichem Geburtsgeschlecht etwa gleich häufig vertreten (51% vs. 49%). Die Autor*innen kategorisierten die Gründe für die (zeitweise) Detransition in die Kategorien *external* (z.B. sozialer Druck) gegenüber *internal* (z.B. Unklarheiten bzgl. der Geschlechtsidentität). Es liegt für die Subgruppe der Befragten, die vor ihrem 18. Lebensjahr transitionierten, keine spezifische Auswertung bzgl. Gründen vor. Von den Befragten mit Detransition in der Vergangenheit berichteten 83% mindestens einen externalen Grund und 16% mindestens einen internalen Grund.

In einer community-basierten Studie befragte Vandenbussche (2021) 237 selektierte Personen, die sich als Detransitioners bezeichneten. Die Teilnehmenden wurden über Detransitioner-Gruppen im Internet und Websites rekrutiert. Von den Teilnehmenden waren 92% bei der Geburt dem weiblichen Geschlecht zugeordnet und 8% dem männlichen, was möglicherweise auf eine selektive Rekrutierung zurückzuführen ist. Von allen Befragten gaben ca. 64% eine vorherige geschlechtsangleichende Hormonbehandlung an und 30% eine (ggf. zusätzliche) geschlechtsangleichende Operation. Ihre medizinische Transition begannen 25% vor ihrem 18. Lebensjahr. Es liegt für diese Subgruppe keine spezifische Auswertung vor. Es wurde im Mittel ein Intervall von 2 Jahren zwischen Behandlungsbeginn und Detransition angegeben. Von allen Befragten äußerten 60% ein Bedauern (*regret*) bzgl. der Transition und/oder der Behandlung. Folgende Gründe für die Detransition wurden am häufigsten genannt:

- „realized that my gender dysphoria was related to other issues“ (70%),
- „health concerns“ (62%) und
- „ transition did not help my dysphoria“ (50%).

Eine deutliche Mehrheit der Befragten gab an, dass eine oder mehrere psychische Störungen bei ihnen diagnostiziert worden seien und 54% berichteten von mindestens drei begleitend auftretenden psychischen Störungen. Es wurde außerdem von 78% der Befragten angegeben, dass sich diese rückblickend nicht oder nur teilweise ausreichend bezüglich eingeleiteter Behandlungen und Interventionen aufgeklärt fühlten.

In der klinischen Follow-Up Studie von de Vries et al. (2014) wurden Langzeitverläufe von *N* = 55 Personen untersucht, die als Jugendliche nach sorgfältiger Indikationsstellung und bei gesicherter fortlaufender professioneller Prozessbegleitung zuerst eine Pubertätsblockade, anschließend eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung erhielten und sich danach zur Geschlechtsangleichung

operieren ließen. Im Mittel lag die Dauer zwischen dem Beginn der geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung und der Befragung bei vier Jahren. Von den berichteten 55 Personen wurde kein Fall eines „regrets“ und/oder einer Detransition berichtet. Es ist allerdings zu berücksichtigen, dass die untersuchte Stichprobe in mehrfacher Hinsicht idealtypisch selektiv ist. Die Ergebnisse legen aber nahe, dass es zur Reduzierung des Outcome-Risikos einer späteren Detransition bei Behandlungsentscheidungen im Jugendalter sinnvoll ist, fachliche Standards für die Qualitätssicherung bei Indikationsstellung und professioneller Prozessbegleitung zu definieren.

Zusammenfassend lassen sich vor dem Hintergrund der spärlichen Forschung zu Detransition mit sehr selektiven Stichproben nur vorsichtige Aussagen ableiten. Es ist auch hervorzuheben, dass in den rezipierten Studien ganz überwiegend Stichproben berücksichtigt werden, die Detransition bei Personen untersuchen, welche ihre medizinische Transition als Volljährige begonnen haben.

Die rezipierten Chart-Reviews berichteten die Häufigkeit von Detransition von 7% bzw. 10%. Turban et al. (2021) gaben an, dass 13% der dort Befragten in der Vergangenheit meist passager detransitionierten. In der klinischen Studie von de Vries et al. (2014) findet sich kein Anhaltspunkt für eine Detransition in der kleinen Stichprobe. Vor dem Hintergrund der strengeren Anforderungen in internationalen Leitlinien für die Indikationsstellung zu körpermodifizierenden Behandlungen von Jugendlichen gegenüber Erwachsenen (Coleman et al., 2022) ist anzunehmen, dass bei Personen, die ihre Behandlung als Jugendliche begonnen haben, die Detransitions-Rate geringer ausfällt als in den berichteten Chart-Reviews zu Erwachsenen. Einen Anhaltspunkt dafür liefern Robert et al. (2022): Dabei konnte in einem selektiven Sample gezeigt werden, dass in der Stichprobe mindestens 74% derjenigen Personen, die als Minderjährige eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung begonnen hatten, diese auch noch nach vier Jahren fortsetzten. Dagegen setzten mindestens 64% derjenigen, die als Volljährige eine Hormonbehandlung begonnen hatten, diese im gleichen Zeitintervall fort, was eine inferenzstatistisch signifikante geringere „continuation rate“ abbildet. Diese Studie ist allerdings insofern zurückhaltend zu interpretieren, da dort nur die positiv dokumentierte Fortsetzung von Hormonbehandlungen untersucht wurde. Die Hintergründe für eine nicht dokumentierte Fortsetzung der Behandlung wurden nicht berichtet, so dass für diese Fälle nicht sicher von einer Detransition ausgegangen werden kann. Dennoch ergibt sich aus den Daten kein Anhaltspunkt für eine höhere Detransitionsrate bei Personen mit Beginn einer geschlechtsangleichenden Behandlung im Jugendalter gegenüber dem Erwachsenenalter, sondern in der Tendenz eher umgekehrt.

Die Befundlage bezüglich des bei Geburt zugewiesenen Geschlechts und der (vorherigen) Geschlechtsidentität bei detransitionierten Personen ist uneinheitlich. Während in einigen Studien

Detransitioners mit weiblichem Zuweisungsgeschlecht überrepräsentiert sind (Boyd et al., 2022; Littman, 2021; Vandenbussche, 2021), sind in einer anderen Studie zuweisungsgeschlechtlich männliche *Detransitioners* überrepräsentiert (Turban et al., 2021) oder das Geschlechtsverhältnis der *Detransitioners* entspricht dem Verhältnis in der Gesamtstichprobe (Hall et al., 2021). Diese Abweichungen gehen vermutlich auf das zwischen den Studien stark divergierende Sampling zurück. Die mittlere Dauer vom Beginn einer geschlechtsangleichenden Behandlung bis zur Detransition wird relativ ähnlich im Bereich von eineinhalb Jahren (Boyd et al., 2022) zu drei Jahren (Littman, 2021) berichtet und ist deutlich geringer als das von Cohn (2023) geforderte Untersuchungsintervall von acht Jahren.

Während Littman (2021) und Vandenbussche (2021) in der Mehrheit intrisische Faktoren für die Detransition und eine darauffolgende Abkehr von der Transidentität berichten, berichten Turban et al. (2021) vor allem extrinsische Gründe bei bestehender Transidentität zum Befragungszeitpunkt. Die Häufigkeit eines *regret* wird bei *Detransitioners* nur in den beiden community-basierten Studien (Littman, 2021; Vandenbussche, 2021) erhoben und dort mit 50% bzw. 60% angegeben. Auch fühlten sich in diesen Studien 46% bzw. 78% nicht ausreichend über die seinerzeit begonnene medizinische Behandlung aufgeklärt. Auch aus klinischer Sicht finden sich im Chart Review von Boyd et al. (2022) Anhaltspunkte für eine nicht fach- und leitliniengerechte Behandlung. Es kann davon abgeleitet werden, dass das Risiko einer Detransition höher ist, wenn medizinische Transitionsbehandlungen nicht leitlinienkonform bzw. nicht hinreichend fachgerecht indiziert und durchgeführt werden.

Entsprechend formulieren die Standards of Care der WPATH (Coleman et al., 2022) unter dem Hinweis, dass Detransition ein seltenes Phänomen sei, für eine fachgerechte Behandlung von Jugendlichen mit diagnostizierter Geschlechtsinkongruenz folgende Empfehlung:

„[…] detransitioning may occur in young transgender adolescents and health care professionals should be aware of this.“ (Coleman et al., 2022, S. 547).

5. Empfehlungen für die professionelle Beratung

Konsensbasierte Empfehlung:

II.K1.	Bei einer professionellen Beratung von Kindern und Jugendlichen mit Anzeichen einer Geschlechtsinkongruenz/Geschlechtsdysphorie (GI/GD) und ihren Sorgeberechtigten und ggf. weiteren Bezugspersonen sollen beratende Personen umfassende Kenntnisse über die Variationsbreite möglicher geschlechtsvarianter Entwicklungsverläufe in Kindheit und Jugend haben.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Konsensbasierte Empfehlung:

II.K2.	Findet im Zusammenhang mit einem gewünschten oder bereits initiierten sozialen Rollenwechsel eine Beratung statt, soll das Kind bzw. der/die Jugendliche, seine /ihre Sorgeberechtigten und ggf. weitere Bezugspersonen über die Vielfalt der Entwicklungsverläufe einschließlich der Möglichkeit einer späteren Detransition informiert werden

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Konsensbasierte Empfehlung:

II.K3.	Bei Kindern vor Eintritt der Pubertät, bei denen Anzeichen einer Geschlechtsinkongruenz des Kindesalters (nach ICD-11 HA61)[3] vorliegen, sollen medizinische Fachpersonen davon ausgehen, dass bis zum Eintritt der Pubertät die Vorhersage einer *persistierenden* Geschlechtsinkongruenz im Jugendalter nicht möglich ist.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

[3] Für die diagnostischen Kriterien einer Geschlechtsinkongruenz des Kindesalters (HA61) siehe Kapitel VII → „*Indikationsstellung für körpermodifizierende medizinische Behandlungen*“.

Kapitel III

Sozialer Rollenwechsel im Kindesalter

1. Einleitung und Leitfragen

2. Rechtliche und ethische Maßgaben

3. Zum empirischen Wissensstand

3.1. Zusammenfassung des empirischen Wissensstandes

4. Empfehlungen für die professionelle Beratung

4.1. Empfehlung anderer Leitlinien

4.2. Konsensbasierte Empfehlungen

1. Einleitung und Leitfragen

Die Frage, ob und inwieweit gender-nonkonforme Kinder darin unterstützt werden sollten, *vor* Eintritt der Pubertät einen vollständigen sozialen Rollenwechsel zu vollziehen, d.h. in allen Lebensbereichen sich entsprechend ihrem eigenen Wunsch zu kleiden, zu verhalten und angesprochen zu werden, wird in Fachkreisen kontrovers diskutiert. Es gibt Kinder, die dies anhaltend und mit großem Nachdruck einfordern. Im Einzelfall ist hier eine primär am Wohl des Kindes und seiner unbeeinträchtigten sozio-emotionalen Entwicklung orientierte erzieherische Haltung gefragt, die grundsätzlich in der Verantwortung und im Ermessen der Erziehungsberechtigten liegt und keine medizinisch begründete Entscheidung oder gar medizinisches Handeln erfordert. Dennoch werden Kinder mit Anzeichen für eine Geschlechtsinkongruenz (GI) oder Geschlechtsdysphorie (GD) in medizinischen und psychosozialen Behandlungskontexten in jedem Entwicklungsalter mit dem Anliegen einer fachlichen Beratung vorgestellt. Für eine solche Beratung sollte dann das bisher verfügbare Fachwissen zugrunde gelegt und Beratungssuchenden zugänglich gemacht werden. Auch werden nicht selten von pädagogischen Institutionen (Kitas und Grundschulen) medizinische oder psychologische Stellungnahmen erbeten, um eine am Wohl des Kindes orientierte erzieherische Haltung oder Vorgehensweise fachlich abzusichern. Da in der Vergangenheit die frühere S1-Leitlinie zu „Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindes- und Jugendalter“, ungeachtet ihrer auf den medizinischen Behandlungskontext fokussierenden Intention, als fachlicher Bezugsrahmen auch für pädagogische oder familienpsychologische Fragestellungen herangezogen wurde, erschien es den Leitlinienautor*innen wichtig, bei gebotener Zurückhaltung zu erzieherischen Fragen, den aktuellen Stand des Wissens und daraus ableitbarere Empfehlungen darzustellen.

Leitfragen an die Leitlinie:

- Welche Implikationen für die weitere Entwicklung können sich aus einem sozialen Rollenwechsel in der Kindheit ergeben?
- Welche Erkenntnisse gibt es im Hinblick auf eine damit möglicherweise einhergehende soziale Festlegung auf eine Geschlechtsrolle im Jugendalter?
- Welche Erkenntnisse gibt es im Hinblick auf mögliche günstige oder ungünstige Auswirkungen eines sozialen Rollenwechsels in der Kindheit auf die psychosoziale und gesundheitliche Entwicklung des Kindes?

2. Rechtliche und ethische Maßgaben

Grundsätzlich ist das Recht auf Entfaltung der eigenen Persönlichkeit ein sowohl vom Grundgesetz als auch von der UN-Kinderrechtskonvention im Status eines Menschenrechts geschütztes Recht eines Kindes. Bei gender-nonkonformen Kindern ist im Hinblick auf diese Entfaltung der Persönlichkeit auch die potenzielle Offenheit des späteren Entwicklungsverlaufes ab Eintritt der Pubertät im Sinne des Rechts des Kindes auf eine offene Zukunft (Feinberg, 1992) mit zu bedenken, da bekannt ist, dass die späteren Entwicklungsverläufe der Geschlechtsidentität im Jugendalter einer großen Varianz unterliegen (siehe Kapitel II → *„Variante Entwicklungsverläufe“*).

In der Ad-hoc Empfehlung des Deutschen Ethikrates zur professionellen Begleitung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Anzeichen für eine transidente Entwicklung heißt es hierzu u.a. (www.ethikrat.org):

- „Das allgemeine Persönlichkeitsrecht umfasst auch das Recht, ein Leben entsprechend der eigenen, subjektiv empfundenen geschlechtlichen Identität zu führen und in dieser Identität anerkannt zu werden.
- In allen Entscheidungsprozessen muss das Kind gehört und müssen seine Vorstellungen und Wünsche seiner Reife und seinem Alter entsprechend berücksichtigt werden. Diese Regel erhält umso mehr Gewicht, als es hier um Fragen der persönlichen Identität geht, über die die betroffene Person in letzter Konsequenz selbst zu entscheiden hat.“

In einer aktuellen Abhandlung des ethischen Diskurses zur sozialen Rollentransition im Kindes- und Jugendalter von Ashley (2019) wird hervorgehoben, dass die Entscheidung für eine solche Rollentransition unabhängig vom Alter des Kindes nicht als das Ergebnis einer vorab vollständig erfolgten intrapsychischen Klärung der eigenen Geschlechtsidentität getroffen werden kann. Vielmehr ist die soziale Rollenerprobung in der selbstempfundenen Geschlechtsrolle eingebettet in den Prozess einer Selbstexploration in stetiger Interaktion mit der sozialen Umwelt, auch wenn dieser Prozess als noch verlaufsoffen anzusehen ist (Ashley, 2019).

Verallgemeinernde direktive Empfehlungen jenseits der Ermutigung zu einer erzieherischen Haltung, die sowohl die kindliche Persönlichkeit akzeptiert als auch einem potenziell fluiden Verlauf der geschlechtlichen Identitätsentwicklung gegenüber offen bleibt, lassen sich bisher nicht durch empirische Evidenz untermauern. Zu berücksichtigen ist zudem, dass ein in allen Lebensfeldern vollzogener sozialer Rollenwechsel in der Kindheit manchmal bereits ein Faktum bei der Erstvorstellung in der medizinischen oder psychotherapeutischen Versorgungspraxis ist, dem mit einer wertfreien nicht-diskriminierenden Haltung zu begegnen ist (siehe Kapitel IX → *„Professionelle Interaktion und diskriminierungssensibler Umgang mit gender-nonkonformen Kindern und Jugendlichen“*).

3. Zum empirischen Wissensstand

Es gibt bislang nur wenige empirische Studien aus dem nordamerikanischen Kulturraum, in denen Kinder, die vor Eintritt der Pubertät einen sozialen Rollenwechsel vollzogen hatten, systematisch untersucht wurden. Sichtet man die Ergebnisse dieser Studien daraufhin, welche Auswirkungen ein sozialer Rollenwechsel für die Entwicklung der psychischen Gesundheit eines gender-nonkonformen Kindes haben kann, muss vorab betont werden, dass sich hierzu nur eingeschränkt Aussagen treffen lassen. Gründe hierfür sind:

- Die Studien untersuchten von ihrer Intention und Konzeption her meist andere Fragestellungen.
- Die untersuchten Kinder nach vollzogenem Rollenwechsel waren selektiv ausgewählt und hatten mit höherer Wahrscheinlichkeit besonders stark ausgeprägte Anzeichen einer Geschlechtsinkongruenz im Kindesalter, in Verbindung mit hohem Selbstbewusstsein sowie hoher Unterstützung durch das familiäre Umfeld. Daher wiesen diese Kinder neben einer besonders starken Merkmalsausprägung im Hinblick auf ihre gender-nonkonformen Verhaltensäußerungen ein hohes Maß allgemein protektiver Ressourcen auf.
- Es liegen bislang wenig belastbare Studienergebnisse zum späteren Outcome dieser Kinder nach Pubertätsbeginn vor. Lediglich in einer aktuellen Follow-Up-Untersuchung mit einem Beobachtungszeitraum von fünf Jahren nach Beginn eines sozialen Rollenwechsels in der Kindheit (N = 237) war eine Untergruppe (N = 70) zum Zeitpunkt der Befragung 14 Jahre oder älter (Olson et al., 2022).
- Insbesondere liegen außer anekdotischen Hinweisen zu Einzelfällen keine Verlaufsdaten vor, wie und unter welchen Umständen ggf. eine spätere soziale Rollen-Detransition in die geburtsgeschlechtliche Rolle im Verlauf des Jugendalters psychosozial bewältigt wurde.

Bisher *untersuchte Fragestellungen* umfassen u.a. geschlechtsrollenbezogene Kognitionen und Merkmale psychischer Gesundheit bei gender-nonkonformen Kindern nach vollzogenem sozialem Rollenwechsel im Vergleich zu gender-konformen Altersgenossen (Durwood et al., 2017; Olson et al., 2015; Fast & Olson, 2017*)*.) In einer Nach-Analyse von vorliegenden querschnittlichen Studiendaten wurden zudem Merkmale psychischer Gesundheit und deren Prädiktoren zwischen Kindern mit ausgeprägtem gender-nonkonformem Verhalten nach vollzogenem Rollenwechsel und gender-nonkonformen Kindern ohne Rollenwechsel verglichen (Wong et al., 2019). Eine Studie untersuchte retrospektiv den differenziellen schrittweisen Ablauf sozialer Transitionsprozesse im Kindesalter (Kuper et al., 2019). Zudem wurden Erfahrungen und Berichte von Familien, die den Rollenwechsel eines Kindes begleiteten, qualitativ untersucht (Kuvalanka et al., 2014; Olson et al., 2019). In der bislang größten Follow-Up-Studie wird der Verlauf der Geschlechtsidentitätsentwicklung in einer

Gruppe von *N* = 237 Kindern fünf Jahre nach einem vollständigen sozialen Rollenwechsel in der Kindheit untersucht (Olson et al., 2022).

Folgende empirische Ergebnisse sind in diesem Zusammenhang durch Einzelstudien belegt:

- 4- bis 8-jährige Kinder mit ausgeprägten Hinweisen für eine GI im Kindesalter (Einschlusskriterium war u.a., dass die Kinder bekräftigten, dass sie Jungen bzw. Mädchen sind und es nicht nur sein wollen), die mit Unterstützung der Eltern einen sozialen Rollenwechsel in allen Alltagsfeldern vollzogen hatten (*N* = 36; *n* = 28 m→w, *n* = 8 w→m) unterschieden sich im Vergleich zu Geschwistern und nach Alter und Geburtsgeschlecht vergleichbaren Kontrollkindern nicht in ihren gender-bezogenen Kognitionen. Diese umfassten Attributionen zur eigenen Geschlechtsrolle bezogen auf das jeweils empfundene Geschlecht, Vorstellungen zu geschlechtstypischen Verhaltensweisen sowie zu Gender-Konsistenz über Situationen (Fast & Olson, 2017). Sie waren sich dabei ihres zum Zugehörigkeitsempfinden konträren Geburtsgeschlechts durchweg bewusst. Der einzige Unterschied in ihren gender-bezogenen Kognitionen bestand darin, dass sie Gender als weniger stabiles Konstrukt über längere Zeitspannen ansahen als andere Kinder, was durch die eigene Transitionserfahrung plausibel begründbar ist (Fast & Olson, 2017).
- In einer untersuchten Gruppe von 5- bis 12-jährigen gender-nonkonformen Kindern, die mit Unterstützung ihrer Eltern einen sozialen Rollenwechsel vollzogen hatten (*N* = 32; *n* = 20 m→w, *n* = 12 w→m), unterschieden sich die Untersuchungsgruppe in der Kohärenz und Stringenz ihrer genderbezogenen Kognitionen (Peerpräferenz, Objektpräferenz, Gender-identität, jeweils implizit und explizit) weder von ihren Geschwistern noch von externen Kontrollkindern. Die Kognitionen entsprachen durchgehend und stringent dem empfundenen und vom sozialen Umfeld akzeptierten trans Geschlecht (Olson et al., 2015).
- In einer untersuchten Gruppe von 6- bis 8-jährigen gender-nonkonformen Kindern, die mit Unterstützung ihrer Eltern einen sozialen Rollenwechsel vollzogen hatten (*N* = 46; *n* = 14 w→m, *n* = 42 m→w), neigten diese vergleichsweise weniger zu Geschlechtsstereotypisierungen und zeigten sich gegenüber Gender-nonkonformität offener und akzeptierender als Kinder einer Kontrollgruppe (Olson & Enright, 2017).
- In einer untersuchten Gruppe von 6- bis 14-jährigen gender-nonkonformen Kindern, die mit Unterstützung der Eltern einen sozialen Rollenwechsel vollzogen hatten (*N* = 116), zeigten diese im Vergleich zu Kontrollkindern (*N* = 122) und Geschwistern (*N* = 72) keine Unterschiede im Selbstwertgefühl (Durwood et al., 2017).
- In einer Gruppe von 3- bis 12-jährigen gender-nonkonformen Kindern, die mit Unterstützung der Eltern einen sozialen Rollenwechsel vollzogen hatten (*N* = 73, *n* = 22 w→m; *n* = 51 m→w; 3→12J), gab es in den untersuchten Outcome-Parametern für psychische Gesundheit Depressivität und

Ängstlichkeit keine signifikanten Unterschiede im Vergleich zu Geschwistern und Kontrollkindern. Beim Outcome Depressivität zeigten sich auch keine Unterschiede zur Normalbevölkerung. Leicht erhöhte Werte ergaben sich lediglich für Ängstlichkeit verglichen mit der Normalbevölkerung, wobei dieser Unterschied nicht signifikant war (Olson et al., 2016).

- In einer untersuchten Gruppe von 9- bis 14-jährigen gender-nonkonformen Kindern, die mit Unterstützung der Eltern einen sozialen Rollenwechsel vollzogen hatten (*N* = 63), zeigten diese sich nicht depressiver als vergleichbare Kontrollkinder und Geschwisterkinder, jedoch tendenziell etwas ängstlicher (Durwood et al., 2017).
- In einer Fallsammlung mit fünf Familien mit Kindern, die einen Rollenwechsel (m→w) im Alter von 7 bis 10 Jahren durchliefen, wurde berichtet, dass die Kinder aus Sicht der Eltern primär initiativ für diesen Schritt gewesen und die Eltern zu Beginn weitgehend uninformiert über das Thema Gender-Nonkonformität gewesen seien. Gleichwohl wurde rückblickend sehr frühes gender-nonkonformes Verhalten berichtet (ab dem ersten oder zweiten Lebensjahr), das von den Eltern zunächst jedoch anders eingeordnet wurde. Der unterstützte Rollenwechsel führte in der Wahrnehmung der Eltern überwiegend zu positiven psychischen Veränderungen beim Kind (Aufblühen, Selbstbewusstsein etc.). Lediglich in einem Fall wurde eine krisenhafte Entwicklung mit Suizidalität als Reaktion auf die erlebte Trans-Feindlichkeit in der sozialen Umgebung und Gesellschaft berichtet (Kuvalanka et al., 2014). Die Eltern berichteten zudem von weitverbreiteter Uninformiertheit und teilweise unethischen Haltungen und Statements durch professionelle Helfer*innen in Gesundheitswesen und Schulen, und der damit verbundenen Notwendigkeit, selbst zu Expert*innen ihrer Anliegen werden zu müssen *(ebd.).*
- In einer Analyse querschnittlicher Daten von 6- bis 12-jährigen gender-nonkonformen Kindern, die aus drei vorangegangenen Studien zusammengeführt wurden, ergaben sich keine signifikanten Unterschiede in den Scores zu psychischer Gesundheit zwischen Kindern mit und ohne vollzogenem Rollenwechsel, wobei die beiden Gruppen sich in der Ausprägung der Anzeichen für eine GI bzw. GD deutlich unterschieden (Wong et al., 2019). Über beide Gruppen zeigte sich die soziale Integration in Peer-Beziehungen konsistent als wichtigster Prädiktor für psychische Gesundheit, wenngleich die Generalisierbarkeit dieser Aussage aufgrund methodischer Limitationen gering ist *(ebd.)*.
- In einer retrospektiven Verlaufsstudie an gender-nonkonformen Kindern und Jugendlichen mit bereits vollzogener oder gewünschter Transition (*N* = 224; Alter 6-17 Jahre., 60% w→m; 40% m→w), die zu 98% die DSM 5-Diagnose einer GD erhielten, zeigten sich eine große Variationsbreite der Entwicklungsverläufe vor Beginn der Pubertät sowie Geschlechtsunterschiede. Bei den geburtsgeschlechtlich männlichen Kindern war eine binäre transgeschlechtliche Rollenidentifizierung als Mädchen bereits vor der Pubertät häufiger, wohingegen

geburtsgeschlechtlich weibliche Kinder vor der Pubertät häufiger gemischte oder non-binäre Geschlechtsexpressionen zeigten. Zudem variierte die Reihenfolge der Schritte in sozialen Outings (Mitteilungen an die soziale Umgebung) und gelebter Transition (Kleidung, Haarschnitt, Namen und Pronomen, offizieller Rollenwechsel in der Schule etc.) sowie deren abgestuftes oder nicht abgestuftes Durchschreiten erheblich (Kuper et al., 2019).

- In einer Vergleichsstudie wurden bei zwei stratifizierten Untergruppen von Kindern beiderlei Geburtsgeschlechts mit nonkonformer Geschlechtsrollenexpression mit und ohne vollzogenem sozialen Rollenwechsel (je *n* = 60) die Eltern zu den Entscheidungsprozessen für oder gegen einen vollzogenen sozialen Rollenwechsel befragt. Bei 83% der Kinder mit sozialem Rollenwechsel gaben die Eltern an, die Entscheidung sei in sehr deutlichem Maße initiativ vom Kind ausgegangen. In 75% der Fälle, in denen (noch) kein sozialer Rollenwechsel vollzogen war, wurde die Möglichkeit eines solchen Rollenwechsels zwischen Eltern und Kind offen diskutiert. In nur 10% der (noch) nicht sozial transitionierten Kinder gaben die Eltern an, diese abwartende Haltung maßgeblich verantwortet zu haben (Olson et al., 2019). In einer internetbasierten Befragung von Eltern, deren Kinder ins empfundene Geschlecht sozial transitionierten (*N* = 266, davon 92% mit Transition vor Pubertätseintritt) gaben 68% an, mit ihren Kindern die Möglichkeit einer späteren Retransition im Jugendalter offen diskutiert zu haben (Olson et al., 2019), um die Ergebnisoffenheit späterer Entwicklungen in der Vorstellungswelt des Kindes zu erhalten. Lediglich ein geringer Teil der Eltern transitionierter Kinder (13%) äußerte die Befürchtung, dass die Thematisierung der offenbleibenden Option einer späteren Retransition von Seiten des Kindes als Nicht-Akzeptanz seiner subjektiven Geschlechtsidentität verstanden werden könnte.
- Zu Entwicklungsverläufen mit einer Rückkehr in die bei Geburt zugewiesene geschlechtliche Rolle im Jugendalter gibt es nur wenige empirische Daten. Ein solcher Verlauf wird in zwei Einzelfällen in den niederländischen Studien zu Persistenz und Desistenz berichtet (Steensma et al., 2013). Von diesen beiden geburtsgeschlechtlichen Mädchen, die bereits (teilweise) in die Rolle eines Jungen gewechselt waren, wurden erhebliche Schwierigkeiten mit der Rückkehr in die weibliche Rolle angegeben, ohne dass hierzu sonstige psychosoziale Begleitumstände beschrieben wurden (Steensma et al., 2011).
- Lediglich in einer neueren Verlaufsstudie zu *N* = 317 Kindern mit gender-nonkonformer Geschlechtsidentität im Durchschnittsalter von acht Jahren, die vor Eintritt der Pubertät mit Unterstützung ihrer Familien einen vollständigen sozialen Rollenwechsel vollzogen hatten, wurden anteilig Verläufe ins Jugendalter (*N* = 70) berichtet (Olson et al., 2022). In dieser Studie blieben nach fünf Jahren 94% der Kinder in der sozial transitionierten Geschlechtsrolle. 7,3% hatten zumindest einmal retransitioniert, wovon wiederum ein Anteil von 1,3% nach einer Phase des klärenden Ausprobierens wieder in ihre trans-geschlechtliche Rolle zurückwechselten. Retransitionen traten

häufiger auf, wenn der erste Rollenwechsel bereits vor dem sechsten Lebensjahr vollzogen wurde und wurden gegebenenfalls häufiger noch vor dem zehnten Lebensjahr vollzogen. Zum Zeitpunkt des 5-Jahres Follow-Up hatten *N* = 70 Jugendliche das 14. Lebensjahr erreicht, von denen nur eine Person (1,7%) in ihr Geburtsgeschlecht retransitioniert war. Die Studie zeigt, dass Kinder, die vor der Pubertät mit Unterstützung ihrer Eltern einen Rollenwechsel initiieren, in sehr großer Mehrheit langfristig bei der Transition bleiben. Anderseits zeigt die Studie auch, dass Retransitionen in dieser Gruppe von Kindern in seltenen Fällen (7%) vorkommen, was eine wichtige Information in der Beratung ist, um Kinder und Erziehende auf diese Möglichkeit vorzubereiten.

3.1. Zusammenfassung des empirischen Wissensstandes

Zum empirischen Wissensstand lassen sich folgende Aussagen und Schlussfolgerungen zur Option eines sozialen Rollenwechsels im Kindesalter ableiten, die als Orientierung bei einer professionellen Beratung dienen können:

- Es gab bei bisher untersuchten gender-nonkonformen Kindern, die mit Unterstützung der Eltern einen sozialen Rollenwechsel vollzogen hatten, keine Hinweise auf vermehrte psychosexuelle Verwirrung, Identitätsunsicherheit oder anderweitig auffällige gender-bezogene Kognitionen. Letztere entsprachen überwiegend in stringenter Weise der empfundenen Geschlechtszugehörigkeit. Es gibt demnach Kinder mit stark ausgeprägten Merkmalen einer Geschlechtsinkongruenz im Kindesalter, bei denen sich eine transgeschlechtliche Rollenidentifizierung durchweg kohärent darstellt und *nicht* Ausdruck einer allgemeinen psychosexuellen Verunsicherung oder Identitätsunsicherheit ist.
- Es gibt Anhaltspunkte dafür, dass sich ein vom sozialen Umfeld des Kindes unterstützter Rollenwechsel durch die Entfaltung der kindlichen Persönlichkeit im Laufe der präpubertären Entwicklung günstig auf die soziale Integration und das kindliche Selbstbewusstsein auswirken kann.
- Es gibt Anhaltspunkte dafür, dass sich ein vom sozialen Umfeld des Kindes unterstützter Rollenwechsel vor Eintritt der Pubertät günstig auf die sozioemotionale Entwicklung auswirken kann.
- Eine möglichst unbeeinträchtigte soziale Integration und erlebbare Akzeptanz in Peer-Beziehungen sind vorrangig wichtige Faktoren für eine positive sozio-emotionale Entwicklung von gender-nonkonformen Kindern, die einen sozialen Rollenwechsel vollzogen haben.
- Es gibt bislang *keine gesicherte empirische Erkenntnis* dazu, wie sich die affirmative Unterstützung eines gender-nonkonformen Kindes von Seiten seiner Bindungspersonen in der von ihm empfundenen geschlechtlichen Identität auf die künftige Offenheit der Entwicklung der Geschlechtsidentität in der Pubertät auswirkt. Zwar ist die Rate der Persistenz einer empfundenen

transgeschlechtlichen Identität sehr hoch, was aber bereits durch die Selektion besonders eindeutiger Entwicklungsverläufe erklärbar scheint, die für das proaktive Einfordern eines Rollenwechsels von Seiten des Kindes typisch ist. Retransitionen nach vollzogenem Rollenwechsel in der Kindheit wurden in seltenen Fällen (7% der Fälle in einer Studie) beschrieben, wobei diese gegebenenfalls häufiger noch vor der Pubertät erfolgten.

- Es gibt bislang *keine gesicherte empirische Erkenntnis* dazu, wie sich ein restriktiver Umgang der Erziehungsberechtigten gegenüber dem sozialen Ausleben einer gender-nonkonformen Rollenidentifikation bei Kindern auf den Verlauf einer späteren identitären Selbstfindung des Kindes und ggf. einer GI bzw. GD auswirkt.
- Es gibt bislang *keine empirische Erkenntnis* dazu, unter welchen psychosozialen Begleitumständen sich im Falle einer späteren Retransition nach einem in der Kindheit durchlebten Rollenwechsel eine Rückkehr in die Rolle des bei Geburt zugewiesenen Geschlechts erschwert oder erleichtert gestaltet.

4. Empfehlungen für die professionelle Beratung

4.1. Empfehlungen anderer Leitlinien

Konkrete Empfehlungen, ob und inwieweit Erziehende den Wunsch eines gender-nonkonformen Kindes nach einem sozialen Rollenwechsel unterstützen sollen oder nicht, sind in den *Standards of Care Version 8 der WPATH*[1] (Coleman et al., 2022) sowie im *Cass Review* (Cass, 2024) enthalten. Hierbei ist bemerkenswert, dass beide Leitlinien in der Zusammenfassung des empirischen Wissensstandes nicht wesentlich von den im vorangegangenen Abschnitt 3.1. dargestellten Schlussfolgerungen abweichen, aus den damit einhergehenden Unsicherheiten im Wissensstand gleichwohl zum Teil unterschiedliche Empfehlungen ableiten, wobei beide Leitlinien die Wichtigkeit einer offenbleibenden Entwicklung des Kindes im Falle einer vor der Pubertät erwogenen Transition hervorheben.

In den *Standards of Care der WPATH* wird unter der Maßgabe qualifizierter Fachkenntnis professioneller Helfer im Gesundheitswesen u.a. empfohlen (S. 69):

- „…dass Eltern/Bezugspersonen und Fachkräfte des Gesundheitswesens unterstützend auf Kinder reagieren, die den Wunsch haben, in dem Geschlecht anerkannt zu werden, das ihrem inneren Gefühl der Geschlechtsidentität entspricht.“
- „...Kinder dabei zu unterstützen, ihr Geschlecht während der gesamten Zeit vor der Pubertät weiterhin zu explorieren, ungeachtet der sozialen Transition.“

[1] WPATH – World Professional Association for Transgender Health

- „...mit Familien, die eine soziale Transition [ihres Kindes] in Erwägung ziehen, die möglichen Vorteile und Risiken dieser Transition zu besprechen.“

Im *Cass Review* (Cass, 2024) wird ebenfalls festgehalten, dass die Studienlage keine Schlussfolgerung zulässt, wonach ein sozialer Rollenwechsel in der Kindheit die Offenheit der späteren Entwicklung einschränkt: „In particular, it is unclear whether it alters the trajectory of gender development, and what short- and longer-term impact this may have on mental health.“ (S. 163). Entsprechend zurückhaltend bleiben die Empfehlungen. Die einzige Empfehlung (Recommendation 4), die zu dieser Thematik im Cass Review festgehalten ist, lautet (S. 165):

„When families/carers are making decisions about social transition of pre-pubertal children, services should ensure that they can be seen as early as possible by a clinical professional with relevant experience.“

Im Erläuterungstext wird zudem angeregt, eine Entscheidung hierzu möglichst nicht zu früh zu treffen, und schrittweise oder teilweise ausgestaltete Rollenerprobungen des Kindes als Möglichkeit in Betracht zu ziehen, was eine flexibel bleibende Entwicklung begünstigen könnte (S. 165):

„The clinician should help families to recognise normal developmental variation in gender role behaviour and expression. Avoiding premature decisions and considering partial rather than full transitioning can be a way of ensuring flexibility and keeping options open until the developmental trajectory becomes clearer..“

In der vorliegenden Leitlinie wird der Standpunkt vertreten, dass die Entscheidung, wie, wann, in welchem Tempo und in welchen Schritten der Wunsch eines gender-nonkonformen Kindes entsprochen werden sollte, in dem Geschlecht anerkannt zu werden, das seiner empfundenen Geschlechtsidentität entspricht, keine medizinische Entscheidung ist, sondern eine erzieherische, die den Erziehungsberichtigten obliegt, die für das Wohl ihres Kindes verantwortlich sind. Die Wahrnehmung einer professionellen Beratung durch Gesundheitsdienste kann sinnvoll und hilfreich sein, liegt aber im freiwilligen Ermessen der Erziehungsberechtigten.

4.2. Konsensbasierte Empfehlungen

Konsensbasierte Empfehlung:

III.K1.	In einer Beratung von Kindern mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie, die einen sozialen Rollenwechsel vor Eintritt der Pubertät erwägen und ihren Sorgeberechtigten und ggf. weiteren Bezugspersonen, sollte die beratende Person das Recht des Kindes auf freie Entfaltung seiner Persönlichkeit achten.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Konsensbasierte Empfehlung:

III.K2.	In einer Beratung von Kindern mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie, die einen sozialen Rollenwechsel vor Eintritt der Pubertät erwägen, und ihren Sorgeberechtigten und ggf. weiteren Bezugspersonen sollte die beratende Person versuchen, die Sorge- und Erziehungsberechtigten für eine Haltung zu sensibilisieren, die dem Kind eine Exploration und selbstbestimmte Entwicklung seiner Geschlechtsidentität und sozialen Geschlechtsrolle ermöglicht.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Konsensbasierte Empfehlung:

III.K3.	In einer Beratung von Kindern mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie, die einen sozialen Rollenwechsel vor Eintritt der Pubertät erwägen und ihren Sorgeberechtigten und ggf. weiteren Bezugspersonen sollte ein (möglicher) sozialer Rollenwechsel als ein Prozess aufgefasst werden, der nach den Bedürfnissen des Kindes zu gestalten ist. Hierbei sollen jeweils zur Erprobung des Rollenwechsels in Betracht gezogene Schritte auf die individuelle Lebenssituation zugeschnitten sein.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Konsensbasierte Empfehlung:

III.K4.	In einer Beratung von Kindern mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie, die einen sozialen Rollenwechsel vor Eintritt der Pubertät erwägen, und ihren Sorgeberechtigten und ggf. weiteren Bezugspersonen sollte die beratende Person unabhängig von der individuellen Entscheidung und dem Lebensweg der Betroffenen fachliche Unterstützung zum Schutz vor Stigmatisierung und Diskriminierung des Kindes und/oder seiner Bezugspersonen anbieten.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN):

Die DGPPN spricht sich für einen stärkeren Empfehlungsgrad hinsichtlich der fachlichen Unterstützung zum Schutz des Kindes, das einen sozialen Rollenwechsel erwägt, vor Stigmatisierung und Diskriminierung aus und schlägt folgende abgeänderte Formulierung vor:

In einer Beratung von Kindern mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie, die einen sozialen Rollenwechsel vor Eintritt der Pubertät erwägen, und ihren Sorgeberechtigten und ggf. weiteren Bezugspersonen **soll** die beratende Person unabhängig von der individuellen Entscheidung und dem Lebensweg der Betroffenen fachliche Unterstützung zum Schutz vor Stigmatisierung und Diskriminierung des Kindes und/oder seiner Bezugspersonenbieten.

Begründung siehe Anhang (bzw. *hier*).

Kapitel IV

Assoziierte psychische Auffälligkeiten und Gesundheitsprobleme bei Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie

1. **Einleitung und Leitfragen**
2. **Stand der Forschung zu mit Geschlechtsdysphorie assoziierten psychischen Auffälligkeiten**
   - 2.1. Klinische Interview- und Aktenstudien
   - 2.2. Klinische Fragebogenstudien mit Kindern und Jugendlichen zu Beginn oder vor einer Behandlung
   - 2.3. Nicht-klinische Befragungen von Kindern und Jugendlichen
   - 2.4. Essstörungen/ Körperbild
   - 2.5. Auffälligkeiten aus dem Bereich Autismus-Spektrum (Neurodiversity)
   - 2.6. Assoziierte Psychopathologie nach sozialer Transition im Kindesalter
   - 2.7. Assoziierte Psychopathologie nach sozialer Transition und nach körpermedizinischen Maßnahmen im Jugendalter
   - 2.8. Befunde aus aktuellen Registerstudien
   - 2.9. Erklärungsansätze für die Entstehung psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie
3. **Aussagen und Empfehlungen**
   - 3.1. Aussagen zum wissenschaftlichen Erkenntnisstand
   - 3.2. Empfehlungen
4. **Zusammenfassung: Diagnostisches Vorgehen bei Hinweisen auf eine Geschlechtsinkongruenz unter Berücksichtigung möglicher psychiatrischer Begleitdiagnosen**

1. Einleitung und Leitfragen

Ausgehend von der vielfach belegten und vielgestaltigen erhöhten psychiatrischen Morbidität unter Personen, die sich in ihrer Selbstbeschreibung transgeschlechtlich identifizieren (im Folgenden als trans Personen bezeichnet), ist es für Behandelnde unverzichtbar, über Kenntnisse des Spektrums häufig anzutreffender psychischer Gesundheitsprobleme bei trans Personen sowie zu deren Relevanz für das klinische Vorgehen in Diagnostik und Behandlung der Geschlechtsinkongruenz (GI) und Geschlechtsdysphorie (GD) im Kindes- und Jugendalter zu verfügen. Insbesondere die in jüngerer Zeit zunehmend berichtete überzufällig häufige Überlappung geschlechtsdysphorischer Symptomatologie mit Symptomen aus dem Autismus-Spektrum wirft diesbezüglich Fragen auf.

Bevor anhand vorliegender Symptome und Befunde sowie einer umfassenden Betrachtung eines Entwicklungsverlaufs im Einzelfall mit hinreichender diagnostischer Klarheit die Diagnose einer dauerhaft anhaltenden, d.h. *stabilen/persistierenden Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie* im Kindes- und Jugendalter gestellt werden kann, sind ggf. assoziierte bzw. koinzidente psychische Störungen fachgerecht zu diagnostizieren und im Hinblick auf ihren möglichen Zusammenhang mit der geschlechtsdysphorischen Symptomen zu bewerten.

Insbesondere ist eine sorgfältige Einschätzung vorzunehmen, ob und inwieweit koinzidente psychische Gesundheitsprobleme mit der diagnostischen Klarheit bei der Feststellung einer *stabilen/persistierenden Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie* oder mit der Indikationsstellung oder Planung bestimmter Behandlungsmaßnahmen interferieren (siehe Kapitel V → *„Psychotherapie und psychosoziale Interventionen*" und Kapitel VII → *„Indikationsstellung für körpermodifizierende medizinische Interventionen*"). Für eine unvoreingenommene diagnostische Haltung und ein im Einzelfall valides Störungsverständnis, ist hierbei wesentlich, dass bei koinzidenten psychischen Gesundheitsproblemen grundsätzlich keine primär theoriegeleite Vorannahmen über etwaige (ko-)ätiologische Wirkrichtungen erfolgen (s.u. konsentierte Empfehlungen in diesem Kapitel).

Psychische Gesundheitsprobleme bei trans Personen können sowohl reaktiv als vielfältige Anpassungsprobleme an eine bestehende Geschlechtsinkongruenz auftreten, als auch unabhängig hiervon bestehen oder entstanden sein. Auch ist differentialdiagnostisch die Möglichkeit zu bedenken, dass, insbesondere so lange bei einer jugendlichen Person die Diagnose einer *stabilen/persistierenden Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie* noch nicht mit hinreichender Sicherheit gestellt werden kann, anderweitige psychische Probleme zu einer vorübergehenden *Gender-Unzufriedenheit* mit geschlechtsdysphorischen Symptomen führen können. Insofern ist jedes mit einer *Gender-Unzufriedenheit* assoziierte psychopathologische Zustandsbild daraufhin einzuschätzen, inwieweit es

mit der diagnostischen Klarheit im Hinblick auf das Vorliegen einer Geschlechtsinkongruenz interferiert.

Bei weitem nicht alle Jugendliche, die sich selbst als einem queeren oder trans Spektrum zugehörig präsentieren, weisen eine *stabile/persistierende Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie* auf oder werden eine solche entwickeln (siehe Kapitel II → *„Variante Entwicklungsverläufe“*). Andererseits sind auch schwerwiegende psychische Störungen, die die diagnostische Klarheit erheblich beeinträchtigen können (wie z.B. Psychosen oder komplexe Persönlichkeitsstörungen mit ausgeprägter Identitätsdiffusion) per se kein Beleg dafür, dass eine *stabile/persistierende Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie* nicht vorliegt, ebenso wenig wie beispielsweise bei Vorliegen einer solchen gravierenden Störung eine nicht heterosexuelle Orientierung einer Person als grundsätzlich unwahrscheinlich oder weniger glaubhaft anzusehen wäre.

Der Begriff der *Komorbidität* wird in diesem Kapitel bewusst nicht verwendet, da die *Geschlechtsinkongruenz (GI)* in der ICD-11 nicht als krankheitswertige Störung angesehen wird und auch im DSM-5 die einer *Geschlechtsdysphorie* zugrunde liegende GI per se keinen Krankheitswert hat (Skagerberg, Davidson, et al., 2013; Skagerberg, Parkinson, et al., 2013).

Für das folgende Kapitel zur Diagnostik und Differentialdiagnostik assoziierter psychischer Gesundheitsprobleme bei Kindern und Jugendlichen, die mit der Fragestellung in Gesundheitsdiensten vorstellig werden, ob ggf. eine behandlungsbedürftige *Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie* vorliegt, wurden für diese Leitlinienerstellung a priori folgende Leitfragen formuliert (siehe Methodenreport).

Leitfragen an die Leitlinie:

- Welche psychopathologischen Problembereiche über eine Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter hinaus sind von Behandelnden besonders aufmerksam zu beachten?
- Welchen Einfluss haben assoziierte psychische Probleme auf die Behandlung?
- Welche Implikationen für das Vorgehen bei Diagnostik und Behandlung hat eine koinzidente Autismus-Spektrum-Störung bei minderjährigen Patient*innen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie?
- Wie ist das empfohlene diagnostische Vorgehen bei Hinweisen auf eine Geschlechtsinkongruenz unter Berücksichtigung möglicher zu berücksichtigender psychiatrischer oder psychosomatischer Begleitdiagnosen?

2. Stand der Forschung zu mit Geschlechtsdysphorie assoziierten psychischen Auffälligkeiten

Bei Kindern und Jugendlichen, die mit Geschlechtsinkongruenz (GI) bzw. Geschlechtsdysphorie (GD) im Gesundheitswesen vorstellig wurden, zeigte sich in bisherigen Untersuchungen, dass der *GI bzw. GD* in der Mehrheit der Fälle keine anderweitige psychiatrische Grunderkrankung vorausging (Meyer-Bahlburg, 2010; Steensma et al., 2011). Dennoch ist bei jungen Patient*innen, die zur Diagnostik und Behandlung in einer spezialisierten klinischen Einrichtung vorstellig werden, durch Studien vielfach eine hohe Prävalenz und Bandbreite begleitender psychopathologischer Auffälligkeiten bzw. Störungsbilder belegt. Diese sind bei Jugendlichen, d.h. ab Eintritt der Pubertät, deutlich häufiger als im Kindesalter. Die am häufigsten beschriebenen begleitenden psychopathologischen Auffälligkeiten von Jugendlichen mit GI bzw. GD sind *depressive Störungen, Angststörungen, Syndrome selbstverletzenden Verhaltens und Suizidalität*. Unabhängig von ätiologischen Fragestellungen, die diese Symptombelastung entweder als reaktiv, vorbestehend oder mitursächlich für die GI bzw. GD betrachten, ist daher eine diagnostische Erfassung bestehender psychopathologischer Symptome notwendig, da diese mit der GI bzw. GD sowie dem potenziellen Behandlungsprozess interferieren können.

Im Folgenden wird der Stand der Forschung zu psychischen Auffälligkeiten bei GI/GD im Kindes- und Jugendalter dargestellt. Dabei wird zwischen klinischen Aktenstudien (Chart Reviews) und Interviewstudien (mit berichteten klinischen Diagnosen), klinischen Fragebogenstudien (vorrangig: Child Behavior Checklist/ Youth Self-Report; Achenbach & Rescorla, 2001) und bevölkerungsrepräsentativen Studien unterschieden. Fast alle Daten sind querschnittlich und zum Zeitpunkt einer Erstvorstellung oder zu Beginn einer Behandlung (i. d. R. vor Behandlung mit geschlechtsangleichenden Maßnahmen) erhoben worden. Zudem werden Studienergebnisse im Kindes- (in der Regel <12 Jahre) und Jugendalter (≥12 Jahre) nachfolgend möglichst getrennt betrachtet, da sich ein geschlechtsdysphorischer Leidensdruck ab Beginn der Pubertät in der Regel durch den Beginn irreversibler Reifungsvorgänge im Körper und der hierdurch zunehmenden Körperdysphorie verstärkt (Russell, 2003; Skagerberg, Davidson, et al., 2013; Skagerberg, Parkinson, et al., 2013; Steensma et al., 2011, 2014).

2.1. Klinische Interview- und Aktenstudien

Etwa die Hälfte der Kinder und Jugendlichen, die in den bestehenden *klinischen Interview- oder Aktenstudien* teilgenommen hatten, erhielten zusätzlich zu einer diagnostizierten Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie mindestens *eine weitere psychiatrische Diagnose*

(Becker et al., 2014; D. Chen et al., 2017; M. Chen et al., 2016; Chodzen et al., 2018; Di Ceglie et al., 2002; Hewitt et al., 2012; Holt et al., 2016; Kaltiala-Heino et al., 2015; Khatchadourian et al., 2014; Nahata et al., 2017; Spack et al., 2012).

So berichten etwa D. Chen et al. (2017) bei 71% der von ihnen untersuchten Kinder und Kaltiala-Heino et al. (2015) bei 75% der von ihnen untersuchten Jugendlichen von mindestens einer vorausgegangenen oder aktuell bestehenden zusätzlichen psychiatrischen Diagnose. Zu den berichteten koinzidenten Diagnosen zählen durchweg an erster Stelle: *affektive Störungen, Depressionen und Angststörungen* bei 32 bis 78% (Becker et al., 2014; D. Chen et al., 2017; M. Chen et al., 2016; Chodzen et al., 2018; Di Ceglie et al., 2002; Holt et al., 2016; Kaltiala-Heino et al., 2015; Khatchadourian et al., 2014; Nahata et al., 2017; Olson et al., 2015; Peterson et al., 2017; Skagerberg, Parkinson, et al., 2013; Spack et al., 2012). Eine der Studien berichtete sogar bei 100% der klinischen Population von Angst und Depression, differenzierte die Diagnosen aber nicht weiter (Hewitt et al., 2012). Auch für *(nicht-suizidales) selbstverletzendes Verhalten, Suizidgedanken oder Suizidalität* werden erhöhte Prävalenzen bei Jugendlichen berichtet: Hier liegen die Angaben für einen (über die bisherige Lebensspanne) vorausgegangenen Suizidversuch zwischen 9 und 52% (Becker et al., 2014; M. Chen et al., 2016; Holt et al., 2016; Khatchadourian et al., 2014; Nahata et al., 2017; Peterson et al., 2017; Spack et al., 2012). Nicht weiter differenzierte Suizidalität, z.B. in Form von Suizidgedanken (über die bisherige Lebensspanne), und nicht weiter differenziertes selbstverletzendes Verhalten werden für 13% bis 75% berichtet (Becker et al., 2014; M. Chen et al., 2016; Di Ceglie et al., 2002; Holt et al., 2016; Kaltiala-Heino et al., 2015; Nahata et al., 2017; Olson et al., 2015; Skagerberg, Parkinson, et al., 2013; Spack et al., 2012).

Bei den vorliegenden Untersuchungen anhand der Aktenstudien muss berücksichtigt werden, dass meist nicht zwischen Kindern und Jugendlichen differenziert wurde und somit möglicherweise die jeweils berichtete Prävalenz von psychischen Auffälligkeiten im Kindesalter eher über- sowie im Jugendalter hingegen eher unterschätzt wurde. Zudem wurden zum Teil auch Jugendliche in die Untersuchung miteinbezogen, die bereits eine körpermodifizierende medizinische Behandlung begonnen hatten und zum Zeitpunkt der Auswertung in ihrem Transitionsprozess unterschiedlich weit fortgeschritten waren.

2.2. Klinische Fragebogenstudien mit Kindern und Jugendlichen zu Beginn oder vor einer Behandlung

Auch die Studienergebnisse von klinischen Fragebogenstudien zeigen, dass Kinder und Jugendliche mit diagnostizierter Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie zu Beginn einer Behandlung in einer spezialisierten Klinik ein erhöhtes Maß an psychischen Auffälligkeiten aufweisen. Obwohl die Ergebnisse hierzu uneinheitlich sind, erscheinen Kinder mit GI bzw. GD vor allem bei Betrachtung der Skalenwerte auf der *CBCL* (*Child Behavior Checklist,* Achenbach & Ruffle, 2000), grundsätzlich weniger stark belastet als Patient*innen im Jugendalter: Kinder wiesen im Vergleich zur Normpopulation gemessen anhand der CBCL-Skalen häufiger psychische Auffälligkeiten sowohl im emotionalen Erleben als auch auf der Verhaltensebene auf und unterscheiden sich darin ebenfalls von ihren Geschwistern (Aitken et al., 2016; Cohen-Kettenis et al., 2003; Sievert et al., 2021; Steensma et al., 2014; Zucker et al., 1997). Die in den vorliegenden Studien berichteten T-Normwerte liegen dabei bei bis zu 62% der Fälle im Kindesalter im klinisch auffälligen Bereich (über dem 90. Perzentil; Aitken et al., 2016; Cohen-Kettenis et al., 2003; Steensma et al., 2014; Zucker et al., 1997, 2002).

Ebenso zeigen zahlreiche Fragebogen-Studien mit Stichproben Jugendlicher mit GI bzw. GD, die sich an eine spezialisierte klinische Einrichtung für GI bzw. GD gewandt hatten, erhöhte Werte von psychischen Auffälligkeiten im klinisch relevanten Bereich (de Graaf et al., 2018; de Vries et al., 2016; Levitan et al., 2019; Shiffman et al., 2016; Skagerberg, Davidson, et al., 2013; Skagerberg, Parkinson, et al., 2013; Zucker et al., 2002, 2012): 45 bis 82% Jugendlichen zeigten externalisierende Auffälligkeiten wie soziale Verhaltensprobleme und Störungen der Impulskontrolle und/ oder internalisierende Symptome wie ängstlich-depressive Verstimmungen, Somatisierungsneigung und soziales Rückzugsverhalten.

Über unterschiedliche Länder hinweg zeigt sich hierbei ein ähnliches Muster an Problembereichen: Sowohl im Kindes- als auch im Jugendalter werden unter Verwendung der CBCL häufiger internalisierende Probleme im Vergleich zu externalisierenden Problemen berichtet (Cohen-Kettenis et al., 2003; de Graaf et al., 2018; de Vries et al., 2016; Levitan et al., 2019; Röder et al., 2018; Sievert et al., 2021; Skagerberg, Davidson, et al., 2013; Skagerberg et al., 2015; Steensma et al., 2014; Zucker et al., 1997, 2012). Das bedeutet, dass bei dieser Population ein *erhöhtes Maß an Angst, Depression und psychosomatischen Symptombildungen* und im Vergleich dazu *verhältnismäßig weniger aggressive oder externalisierende Verhaltensprobleme* berichtet werden.

Werden an Stelle von Screening-Instrumenten wie der CBCL *störungsspezifische diagnostische Testinventare* wie z.B. das BDI (*Beck-Depressions-Inventar*, Beck et al., 2011) oder *standardisierte klinische Interviews* eingesetzt, bestätigen sich die Ergebnisse aus den Screening-Untersuchungen: Im

klinischen Interview mit Eltern von Kindern mit GI bzw. GD erfassen Wallien et al. (2007) für 52% eine zusätzliche psychiatrische Diagnose, wobei internalisierende (mit 37%) häufiger vorkommen als externalisierende Störungsbilder (mit 23%). In der Studie von Kolbuck et al.(2019) erhielten immerhin 37% der 3- bis 11-Jährigen zusätzlich zur Diagnose GI bzw. GD mindestens eine weitere psychiatrische Diagnose.

Auch für Jugendliche zeigte sich anhand von Interview- und Fragebogenstudien, dass vor allem die affektiven Störungen (Angst und Depression in bis zu 48% der Fälle) besonders häufig vorkommen (Chodzen et al., 2018; de Vries et al., 2011). Olson et al. (2015) berichten für insgesamt 35% der Jugendlichen Depressionen gemessen anhand des BDI, bei 51% Suizidgedanken und bei 30% stattgehabte Suizidversuche *(über die bisherige Lebensspanne).*

Auch *(nicht-suizidales) selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität* werden in den erwähnten klinischen Fragebogenstudien ebenso häufig berichtet wie in klinischen Aktenstudien (siehe Surace et al., 2020 für eine Meta-Analyse klinischer Studien; Aitken et al., 2016; Arcelus et al., 2016; Fisher et al., 2017): In einer Meta-Analyse von Surace et al., (2020) wird selbstverletzendes Verhalten im Durchschnitt für 28% aller klinisch vorstelligen Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit einer diagnostizierten GI bzw. GD berichtet, Suizidgedanken bei 28% und stattgehabte Suizidversuche bei 15% der untersuchten Fälle (über die bisherige Lebensspanne).

Für ihre klinische Stichprobe von *Kindern* mit diagnostizierter GI bzw. GD berichten Aitken et al., (2016) in 19% der Fälle selbstverletzendes Verhalten/Suizidversuche sowie für 19% Suizidgedanken. Damit ist für Kinder mit GI bzw. GD altersbedingt die Zahl der Selbstverletzungen und suizidalen Symptomen im Vergleich zu Jugendlichen zwar noch geringer, jedoch signifikant höher als in der nicht-klinischen Normbevölkerung. Für *Jugendliche* mit GI bzw. GD berichten Arcelus et al. (2016) sogar für 46% nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten (über die bisherige Lebensspanne).

2.3. Nicht-klinische Befragungen von Kindern und Jugendlichen

Naturalistische Erhebungen anhand von Stichproben jugendlicher trans Personen aus Jugendhilfeeinrichtungen (außerhalb eines klinischen Inanspruchnahmekontextes) berichten ähnliche Ergebnisse wie jene, die an Hand von klinischen Stichproben berichtet werden: Auch diese Studien weisen auf ein *allgemein erhöhtes Risiko für psychische Probleme, Depression, selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität* hin (Becerra-Culqui et al., 2018; Clark et al., 2014; Grossman & D'Augelli, 2007; Katz-Wise et al., 2018; MacMullin et al., 2020; Nahata et al., 2017; Perez-Brumer et al., 2017; Peterson et al., 2017; Reisner et al., 2015; Taliaferro et al., 2018; van Beijsterveldt et al., 2006; Veale et al., 2017). Hier gilt es zu berücksichtigen, dass diese Populationen in der Regel *keine Diagnose einer*

GI bzw. GD erhalten hatten, sondern durch weniger spezifische Selbstbeschreibungen („trans“ „transgender“ od. ähnl.) identifiziert wurden.

Auch bei diesen Studien gehören Depression und Suizidalität zu den am häufigsten berichteten psychischen Auffälligkeiten (Becerra-Culqui et al., 2018; Clark et al., 2014; Reisner et al., 2015). Die höchsten Prävalenzen depressiver Symptome werden für 41% der befragten jugendlichen transgeschlechtlichen Schüler*innen (Clark et al., 2014) und für 51% in einer Selbsthilfeeinrichtung (Reisner et al., 2015) berichtet. Manche Autor*innen wie Becerra-Culqui et al. (2018) berichten zudem erhöhte Prävalenzen für ADHS.

Für Kinder in einer kanadischen (?) Selbsthilfeeinrichtung, die ein so genanntes *gender-nonkonformes Erleben und Verhalten* zeigen, werden Prozentzahlen zwischen 9,1% (Suizidversuch oder Selbstverletzung) und 6,8% (Suizidgedanken) berichtet, ähnlich jenen Zahlen aus klinischen Untersuchungen bei GI bzw. GD im Kindesalter (MacMullin et al., 2020).

Wiederholtes (nicht-suizidales) selbstverletzendes Verhalten wird zwischen 2% und 75% und *Suizidgedanken* zwischen 5 und 65% der befragten jugendlichen trans Personen aus bevölkerungsrepräsentativen Stichproben (für den Zeitraum der letzten 12 Monate) berichtet (Becerra-Culqui et al., 2018; Gower et al., 2018; Perez-Brumer et al., 2017; Taliaferro et al., 2018; Veale et al., 2017) und zwischen 12 und 49% (selbstverletzendes Verhalten) sowie zwischen 25% und 84% (Suizidgedanken) der Jugendlichen, die in Jugendhilfeeinrichtungen rekrutiert wurden (für den Zeitraum der letzten 12 Monate; Grossman & D’Augelli, 2007; Katz-Wise et al., 2018; Kuper et al., 2018; Reisner et al., 2015; Ross-Reed et al., 2019).

2.4. Essstörungen/ Körperbild

Weitere Problembereiche, wie Essstörungen oder Körperbildstörungen werden in den genannten Untersuchungen nur selten mit untersucht oder benannt (13% Essprobleme bei Holt et al., 2016, und 2% Essstörungen bei Kaltiala-Heino et al., 2015), obwohl ein negatives Körperbild für jugendliche Stichproben mit GI bzw. GD in Studien zum Essverhalten und/oder Körperbild berichtet wurde (Becker et al., 2018; McGuire et al., 2016). Zudem liegt ein Einfluss des Körperbilds auf die Lebensqualität gerade bei jungen Menschen mit GI bzw. GD nahe (Peterson et al., 2017; Röder et al., 2018). So berichteten beispielsweise Guss et al. (2017) für jugendliche trans Personen eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, ungesundes Verhalten in Hinblick auf die Modifikation des Körpergewichtes zu zeigen.

2.5. **Auffälligkeiten aus dem Bereich Autismus-Spektrum** *(engl. neurodiversity)*

Ungefähr 25 quantitative Studien der letzten 10 Jahre geben Hinweise darauf, dass GI und GD überzufällig gehäuft überlappend mit Auffälligkeiten aus dem Autismus-Spektrum auftreten. Dies wurde weit überwiegend für Kinder und Jugendliche, vereinzelt aber auch für das Erwachsenenalter beschrieben (Herrmann et al., 2021). Dabei wird das gehäufte Auftreten von ASS-Symptomen bei Personen mit GI bzw. GD ebenso wie in umgekehrter Konstellation beschrieben (bidirektionale Koinzidenz). Im anglo-amerikanischen Schrifttum wird diese symptomatische Überlappung mit Autismus-typischen Symptomen u.a. unter dem englischen Begriff *Neurodiversity* diskutiert, der in einschlägigen Originalarbeiten zu dieser speziellen Thematik eingeführt ist (Strang et al., 2019; Van Vlerken et al., 2020) und auch im entsprechenden Kapitel der internationalen Leitlinie der WPATH[1] verwendet wird (Coleman et al. 2022). Da der Begriff *Neurodiversität* in der deutschsprachigen medizinischen Fachliteratur zu Autismus-Spektrum-Störungen nicht etabliert ist, wird er in dieser Leitlinie in diesem Zusammenhang nicht verwendet.

Diagnosekriterien einer Autismus-Spektrum-Störung (ASS) sind nach DSM-5 u.a.: anhaltende konsistente Defizite der sozialen Kommunikation und Interaktion (A-Kriterium)**,** eingeschränkte und repetitive Verhaltensmuster, Interessen oder Aktivitäten (B-Kriterium), ein Vorliegen der Symptome seit der frühen Kindheit (C-Kriterium), sowie Leid oder Beeinträchtigungen in mehreren Funktionsbereichen (D-Kriterium). Die frühere Unterscheidung verschiedener Subgruppen autistischer Störungsbilder (z.B. Asperger-Syndrom, frühkindlicher Autismus) wurde zunächst im US-amerikanischen Klassifikationssystem (DSM-5), dann auch international (ICD-11 der WHO) aufgegeben und durch das Konzept der Autismus-Spektrum-Störung ersetzt.

In der großen Mehrzahl bisheriger Publikationen werden jedoch lediglich *subklinische Ausprägungen* eines der beiden Phänomene (ASS oder GI bzw. GD) in einer klinischen Population der jeweils anderen Diagnosegruppe untersucht. So untersuchte man z.B. die Häufigkeit von *gender-non-konformem Erleben bzw. Gendervarianz (GV)* in klinischen Stichproben mit ASS-Diagnosen und von so genannten *autistischen Zügen* bei Kindern und Jugendlichen mit GI bzw. GD-Diagnose.

*2.5.1. Geschlechtsdysphorische Symptome bei ASS-Patient*innen*

Methodisch wurden hier häufig wenige Einzelitems in Elternfragebogen (zumeist CBCL) genutzt, um bei Kindern und Jugendlichen mit ASS Auffälligkeiten im Geschlechtserleben zu identifizieren (May et al., 2017; Strang et al., 2014; van der Miesen et al., 2018). Es zeigte sich eine

[1] WPATH: World Professional Association for Transgender Health

erhöhte Prävalenz von 4-6.5% für gender-nonkonformes Erleben bei Kindern und Jugendlichen mit ASS-Diagnose. Möglicherweise liegt bei Entwicklungsstörungen und psychischen Störungen aber generell eine erhöhte Prävalenz für gender-nonkonformes Verhalten vor (May et al., 2017), was z.B. auch bereits für ADHS (Strang et al., 2014; Thrower et al., 2020) berichtet wurde.

*2.5.2. ASS-Symptome bei Patient*innen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie*

In fünf empirischen Studien zeigte sich, dass 4,7-13,3% aller Kinder und Jugendlichen, die sich wegen eines Verdachts auf GI bzw. GD in Spezialsprechstunden vorstellen, auch eine ASS-Diagnose erhalten haben, wobei hier mehrheitlich retrospektiv Patient*innenakten ausgewertet wurden (Herrmann et al., 2020).

Wendet man ASS-Screening-Instrumente bei Kindern und Jugendlichen mit GI bzw. GD an, so erreichten 14,5-68,0% der Kinder- und Jugendlichen Cut-off-Werte oberhalb des Schwellenwertes. Dies ist keinesfalls mit einer ASS-Diagnose gleichzusetzen, sondern beschreibt lediglich eine erhöhte Wahrnehmung autistischer Züge bei den Eltern der Kinder und Jugendlichen mit GD, die jedoch auch im Rahmen anderer psychiatrischer Diagnosen auftreten können (z.B. soziale Interaktionsschwierigkeiten im Falle einer sozialen Phobie). Aufgrund der geringen Spezifität wird der Einsatz von ASS-Screening-Fragebögen aktuell explizit nur empfohlen, wenn es klinische Anhaltspunkte für das mögliche Vorliegen einer ASS-Diagnose gibt (AWMF-S3-Leitlinie zur Diagnostik von ASS).

2.5.3. Koinzidente ASS und diagnostizierte Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie

Bislang untersuchten drei quantitative Studien tatsächlich das koinzidente Vorliegen beider Diagnosen. Die Häufigkeit von gesicherten ASS-Diagnosen bei Kindern und Jugendlichen mit diagnostisch gesicherter GD wurde jeweils zwischen 5,2% und 7,8% angegeben (de Vries et al., 2010; Nahata et al., 2017; Spack et al., 2012). Da Betroffene mit beiden Diagnosen aufgrund vielfältiger psychosozialer Probleme vermutlich mit erhöhter Dringlichkeit klinisch vorgestellt werden (vor allem in den hier untersuchten auf spezialisierten Einrichtungen für GI bzw. GD), wurde als Limitation der Repräsentativität der berichteten Häufigkeiten u.a. ein sogenannter *presentation bias* diskutiert.

2.5.4. Differentialdiagnostik versus Koinzidenz

Die bisherige Literatur zeigt eine erhöhte Prävalenz sowohl von *autistischen Zügen* bei Kindern und Jugendlichen mit GI bzw. GD als auch von Gendervarianz bzw. gender-nonkonformen Erleben bei Kindern und Jugendlichen mit ASS (bi-direktionale Überlappung der Phänomene gender-

nonkonformes Verhalten und Autismus-Spektrum). Ein solcher Zusammenhang wird auch für ein überzufälliges Überlappen gesicherter Diagnosen ASS und GI bzw. GD berichtet, wenngleich in geringerer Häufigkeit (Übersicht bei Van Der Miesen et al., 2016).

Sowohl bei ASS als auch bei GI bzw. GD zeigen sich Defizite in der sozialen Integration. Die psychosexuelle Entwicklung ist insbesondere im Jugendalter erschwert und rigides Denken und exzessive Beschäftigung mit spezifischen Themenbereichen können in beiden Fällen das klinische Bild bestimmen. Beschriebene *„autistische Züge“* in subklinischer Ausprägung (d.h. ohne, dass eine ASS vorliegt, z.B. in Form von Kommunikations- und Interaktionsschwierigkeiten bei Patient*innen mit GI bzw. GD) könnten somit auch auf die erschwerte soziale Integration oder auf eine soziale Phobie hinweisen. Als mögliche Erklärung für gehäuftes *gender-nonkonformes Verhalten* subklinischer Ausprägung, d.h. ohne dass eine GI bzw. GD vorliegt, werden bei Patient*innen mit ASS u.a. neben Autismus-bedingten Schwierigkeiten und Verzögerungen in der psychosexuellen Entwicklung eine für autistische Personen typische geringe allgemeine Rollenkonformität und eine damit verbundene geringe Ausprägung von psychosozialen Unterschieden im Geschlechtsrollenverhalten diskutiert (Wattel et al., 2022).

In einer Registerstudie mit 641.860 Teilnehmenden, bei der fünf unabhängig rekrutierte Datensätze gemeinsam und getrennt ausgewertet wurden, zeigte sich, dass, unabhängig vom Alter und Bildungsstand, bei trans und gender-diversen Personen die Wahrscheinlichkeit für Autismus 3,03-6,36 höher war als für cis Personen. Weiterhin zeigte sich, dass möglicherweise ein nicht diagnostizierter Autismus bei trans Personen in höherem Ausmaß vorliegen könnte als in einer cis Vergleichsgruppe. All diese Angaben und Ergebnisse beziehen sich dabei auf Selbsteinschätzungen von Personen, nicht auf klinisch gestellte Diagnosen (Warrier et al., 2020).

Besonders diese Studie wurde im Cass Review für den NHS England and Wales als Begründung dafür angeführt, dass bei Vorstellungen in Sprechstunden für GD/GI ein generelles Autismus-Screening empfohlen wurde (Cass, 2024). Im Cass-Review wird ergänzend ausdrücklich auf die Gefahr hingewiesen, dass besonders Mädchen mit Autismus-Spektrumensstörung nicht in ausreichendem Maße diagnostiziert werden und gerade junge Menschen mit ASS besondere Schwierigkeiten in der sozialen Kommunikation und in Beziehungen zu Gleichaltrigen haben, was es schwer für sie machen kann, sich zugehörig zu fühlen. Auch ASS-bedingte Defizite in der Interozeption und Alexithymie könnten es daher erschweren, ihr inneres Empfinden sowie ihre Geschlechtsidentität auszudrücken (Cass, 2024).

Die Studienlage insgesamt unter Einbeziehung der aktuellen Studie von Warrier et al.(2020) sowie der Ausführungen hierzu im Cass-Review (Cass, 2024) unterstützen aus Sicht der

Leitlinienkommission die Empfehlung, dass bei Kindern und Jugendlichen, die wegen des möglichen Vorliegens einer Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie im Gesundheitswesen vorstellig werden, Autismus-typische Symptome einer besonderen Beachtung bedürfen. Dennoch ist die Empfehlung für ein generelles Autismus-Screening für alle Kinder- und Jugendlichen, die sich wegen GI/GD in Sprechstunden vorstellen, aus Sicht der Leitlinienkommission nicht angebracht, d.h., wenn sich aus der gesamten Entwicklungsanamnese und den aktuellen klinischen Befunden keine Hinweise für Autismus-typische Symptome ergeben, ist ein Autismus-Screening entsprechend der S3-Leitlinie *Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes– und Jugendalter, Teil 1: Diagnostik* (DGKJP, 2016;) zur Autismus-Diagnostik entbehrlich (siehe konsensbasierte Empfehlungen am Ende dieses Kapitels).

In der klinischen Versorgungspraxis gibt es jedoch auch eine Subgruppe von Patient*innen, die anhaltend und überdauernd das diagnostische Vollbild sowohl einer Geschlechtsinkongruenz, als auch einer ASS aufweisen. Die Gefahr einer Unterdiagnostik und Nicht- oder Fehlbehandlung ist für beide Diagnosen vorhanden, wenn vorschnell und zu lange anhaltende Symptome fälschlicherweise einem zuerst diagnostizierten Phänomen zugeordnet werden. Diese Subgruppe der Träger*innen von Doppeldiagnosen ASS und GI bzw. GD sind als besonders vulnerabel anzusehen – nicht zuletzt durch die Gefahr der sozialen Isolation, die sich durch beide Phänomene erheblich verstärken kann. Zu nennen ist jedoch auch das erhöhte Risiko eines erschwerten Zugangs zu fachgerechter Behandlung, der zum einen mit der genannten Gefahr einer protrahierten Verkennung oder Nichtanerkennung des Vorliegens einer koinzidenten Doppeldiagnose durch Behandelnde verbunden ist, zum anderen mit der ggf. entstehenden Notwendigkeit, die klinische Expertise für beide Diagnosen in einem Behandlungsplan zu integrieren (s.u. Empfehlungen).

2.6. Assoziierte Psychopathologie nach sozialer Transition im Kindesalter

In einigen Studien wurden Kinder mit GI bzw. GD untersucht, die bereits vor Eintritt der Pubertät mit Unterstützung ihrer Sorgeberechtigten einen vollständigen sozialen Rollenwechsel in allen Alltagsfeldern vollzogen hatten. Bei diesen Kindern wurde im Vergleich zur durchschnittlichen Normbevölkerung keine signifikant vermehrte Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten gefunden (siehe Kapitel III → „*Sozialer Rollenwechsel im Kindesalter*“).

2.7. Assoziierte Psychopathologie nach sozialer Transition und nach körpermedizinischen Maßnahmen im Jugendalter

Aus den wenigen bisherigen Langzeit-Follow-Up-Studien mit transitionierten trans Personen, die beginnend im Jugendalter gestufte körpermodifizierende medizinische medizinische Interventionen erhielten (Pubertätsblockade, geschlechtsangleichende Hormonbehandlung und

Operationen), finden sich konsistente Hinweise für einen günstigen Verlauf von psychischer Gesundheit und Lebensqualität, wobei die Studienergebnisse hinsichtlich des Ausmaßes fortbestehender psychopathologischer Auffälligkeiten im Erwachsenenalter uneinheitlich sind (Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997; de Vries et al., 2011, 2014, siehe ausführliche Darstellung der Studienlage im Kapitel VII → *„Indikationsstellung für körpermodifizierende medizinische Interventionen*“).

2.8. Befunde aus aktuellen Registerstudien

Zwei neuere Registerstudien aus Finnland sind während der Konsultationsphase dieser S2k-Leitlinie erschienen, und werden aufgrund ihrer Relevanz für die in diesem Kapitel dargestellten Zusammenhänge nachfolgend rezipiert. Die Besonderheit der beiden Studien liegt im Wesen der Gesundheitsregister einiger nordeuropäischer Länder, die die Verknüpfung von Gesundheitsinformationen auf individueller Ebene mit Verschreibungsdaten oder Todesursachen-Registern ermöglichen.

Die erste Studie (Ruuska et al., 2024) verglich alle jungen Menschen unter 23, die zwischen 1996 und 2019 an einer Gender-Spezialambulanz vorstellig wurden (*N* = 2083) mit einer gematchen Kontrollgruppe aus der Bevölkerung. Die Autor*innen berichten, dass sich die Gesamtmortalität der jungen Menschen mit Geschlechtsinkongruenz nicht von der der Kontrollgruppe unterschied, allerdings bei der Gruppe mit Geschlechtsinkongruenz gehäuft vollendete Suizide aufgetreten waren (0,3% vs 0,1%). Dieser Unterschied war hochgradig konfundiert mit psychischen Erkrankungen. Wurde für diese adjustiert, verschwand der Unterschied zwischen den beiden Gruppen bezüglich vollzogener Suizide. In dieser Studie zeigte sich des Weiteren kein Unterscheid zwischen behandelten oder unbehandelten jungen Menschen mit Geschlechtsdysphorie hinsichtlich vollzogener Suizide oder Gesamtmortalität. Die Befunde werden von den Autor*innen dahingehend interpretiert, dass Geschlechtsdysphorie per se zu keinem erhöhten Suizidrisiko führe, sondern dafür das Ausmaß der assoziierten Psychopathologie verantwortlich war.

Die Tatsache, dass junge Menschen mit Geschlechtsdysphorie, die Hormonbehandlungen erhielten, weder eine erhöhte Mortalität noch eine erniedrigte Suizidalität aufwiesen, wurde von den Autor*innen auf zweierlei Art interpretiert. Einerseits schienen Hormonbehandlungen im Langzeitverlauf medizinisch hinreichend sicher zu sein, da sie zu keiner erhöhten Gesamtmortalität führten. Andererseits zeigten Hormonbehandlungen auch keinen protektiven Effekt hinsichtlich vollzogener Suizide. Dies wird damit begründet, dass somatische Therapien bei schwerer assoziierter Psychopathologie allein noch zu keiner signifikanten Verringerung der Suizidalität führten. Ein

erhöhtes Suizidrisiko bei Geschlechtsdysphorie ist demnach nur anzunehmen, wenn zusätzlich eine psychiatrische Erkrankung wie beispielsweise eine Depression vorliegt. Allerdings weisen Jugendliche mit Geschlechtsinkongruenz eben genau eine deutlich erhöhte Rate dieser Störungen auf und daher ist die Vulnerabilität dieser Gruppe für psychiatrische Morbidität hervorzuheben, die wiederum das erhöhte Suizidrisiko erklärt. Insofern erscheint es fraglich, welche Aussage aus der Adjustierung des Gruppenvergleichs nach psychiatrischen Begleitdiagnosen abgeleitet werden kann, außer der, dass diejenigen Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie, die nicht psychiatrisch erkranken, kein statistisch erhöhtes Suizidrisiko haben.

Eine weitere finnische Register-Studie (Kaltiala et al., 2023) zeigte im Einklang mit anderen Studien einen starken Anstieg der Zuweisungszahlen zu spezialisierten Einrichtungen bei finnischen jungen Menschen seit den 1990er Jahren. Weiterhin konnten die Autor*innen zeigen, dass das Ausmaß der assoziierten Psychopathologie im Beobachtungszeitraum stark anstieg, unabhängig davon, ob bereits medizinische Behandlungsmaßnahmen erfolgten. Im Einklang mit der ersten Studie kann auch durch diese Arbeit die Bedeutung von koinzidenten psychischen Erkrankungen bei jungen Menschen mit Geschlechtsdysphorie hervorgehoben werden.

Insgesamt weisen die Daten beider Registerstudien auf die herausragende Bedeutung von assoziierter Psychopathologie bei jungen Menschen mit Geschlechtsdysphorie sowie auf die Notwendigkeit hin, diese fachgerecht zu diagnostizieren und zu behandeln.

2.9. Erklärungsansätze für die Entstehung psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie

Aus den überwiegend querschnittlich erhobenen Studienergebnissen zur Prävalenz und zum Schweregrad begleitender psychischer Auffälligkeiten bei Jugendlichen mit GI bzw. GD lässt sich keine Aussage darüber ableiten, in welchem Maß die assoziierte Psychopathologie Folge der mit geschlechtsdysphorischem Leidensdruck einhergehenden Stressbelastung, am Entstehen der Geschlechtsdysphorie beteiligt oder möglicherweise unabhängig von der GI bzw. GD entstanden ist. Zudem lässt sich keine Aussage ableiten, in welchem Maß bei angenommenen reaktiven psychischen Störungen infolge einer GD diese durch aversive Umwelterfahrungen im Sinne einer unzureichend erlebten sozialen Akzeptanz der Transgeschlechtlichkeit (so genannter *Minority Stress* s.u.) und/oder durch die körperbezogene Dysphorie ab Pubertätseintritt bedingt sind.

Einige der hier zusammengefassten Studien berichten Zusammenhänge zwischen einem erhöhten Ausmaß an psychischen Auffälligkeiten und möglichen Prädiktoren und haben diese als mögliche Erklärungsansätze statistisch untersucht: Eine Reihe von Studien verweist auf den

Zusammenhang von allgemein erhöhten psychischen Problemen mit Erfahrungen von Diskriminierung aufgrund der eigenen geschlechtlichen Identität oder der äußeren Erscheinung (DGfS, 2018). Dies wird durch das *Minority Stress Modell* (Meyer, 1995, 2003, 2015) erklärt, welches grundsätzlich beschreibt, wie sich psychische Belastungen aus einer Vielzahl interpersoneller und/oder sozialer Umstände entwickeln können. Nach diesem Modell resultiert jener Stress, den vor allem Minoritäten erleben (z.B. Personen, die dem LSBTIQ-Spektrum angehören), aus Belastungen und Konflikten, die diese Personen mit ihrem Umfeld erleben (Arcelus et al., 2016). Gesellschaftliche oder kulturelle Intoleranz gegenüber gender-nonkonform auftretenden Personen begünstigt Erfahrungen von Diskriminierung oder Viktimisierung bei transgeschlechtlichen Personen (zur Studienlage siehe hierzu Kapitel IX→ „*Professionelle Interaktion und diskriminierungssensibler Umgang mit gender-nonkonformen Kindern und Jugendlichen*"). Da sich Kinder und Jugendliche mit einer anhaltenden GI bzw. GD am äußeren Ende eines gender-nonkonformen (*queeren*) Geschlechterspektrums befinden, ist anzunehmen, dass sie einem erhöhten Risiko für entsprechend aversive Erfahrungen mit dem sozialen Umfeld ausgesetzt sind (Van Der Miesen et al., 2016) (vgl. Ausführungen in Kapitel IX → *„Professionelle Interaktion und diskriminierungssensibler Umgang mit gender-nonkonformen Kindern und Jugendlichen"* und Kapitel V → *„Psychotherapie und psychosoziale Interventionen*").

Ein solcher Zusammenhang wurde in Studien vor allem anhand eines sogenannten *Poor Peer Relations-Index* untersucht: In den im Folgenden berichteten Untersuchungen hierzu waren negative Erfahrungen in den Peer-Beziehungen der wichtigste Prädiktor in der Vorhersage psychischen Auffälligkeiten sowohl bei Kindern als auch bei Jugendlichen mit GI bzw. GD (Aitken et al., 2016; de Graaf et al., 2018; de Vries et al., 2016; Levitan et al., 2019; Sievert et al., 2021; Steensma et al., 2014). Shiffman et al. (2016) fanden zudem drei weitere statistisch signifikante Korrelate von allgemeinen emotionalen und Verhaltensproblemen bei Jugendlichen mit GI bzw. GD: 1. soziale Ausgrenzungserfahrungen aufgrund der Transgeschlechtlichkeit, 2. sonstige Ausgrenzungserfahrungen, und 3. weniger Freund*innenschaften.

Obwohl Viktimisierung bei jugendlichen trans Personen häufiger berichtet wird als bei betroffenen Kindern, treten diese aversiven Erfahrungen teilweise bereits im Kindesalter auf, was möglicherweise langfristig ein erhöhtes Risiko für negative psychische Gesundheitsauswirkungen bedeutet (Katz-Wise et al., 2018; Ross-Reed et al., 2019; Steensma et al., 2014). So wird in den Studien von Kuper et al. (2018) und Perez-Brumer et al. (2017) übereinstimmend berichtet, dass Viktimisierungserfahrungen und depressive Symptome die stärksten prädiktiven Faktoren für Suizidgedanken bei transgeschlechtlichen Jugendlichen waren.

Junge Menschen mit einer GI- bzw. GD-Diagnose und nicht-suizidalem selbstverletzenden Verhalten weisen zusätzlich auch generelle psychische Auffälligkeiten und geringere Selbstwertgefühle auf (Arcelus et al., 2016). Die Mehrzahl dieser Jugendlichen (mit selbstverletzendem Verhalten) berichtet, in der Vergangenheit stärker unter Diskriminierung oder persönlichen interpersonellen Problemen gelitten zu haben als jene ohne selbstverletzendes Verhalten.

Die Studien zu Peer-Beziehungen im Kindes- und Jugendalter von Aitken et al. (2016), de Vries et al. (2016), MacMullin et al. (2020), Steensma et al. (2014) und Zucker et al. (1997) weisen jedoch auch darauf hin, dass die schlechten Peer-Beziehungen auch ein Ausdruck von größeren psychosozialen Problemen im Allgemeinen und in der Konsequenz erhöhter psychischer Auffälligkeit sein können. Einige Autor*innen weisen beispielsweise für das Kindesalter darauf, dass Ausgrenzung und das Vorhandensein von negativen Erfahrungen mit dem Umfeld nicht als ausschließliche Erklärung für die Entwicklung von psychischen Auffälligkeiten ausreichen, sondern dass die Erfahrung einer GI bzw. GD per se ein starker aversiver Dauerstressor sein kann (Aitken et al., 2016; Bockting, 2016; Grossman & D'Augelli, 2007; MacMullin et al., 2020; Zucker et al., 2012). Aitken et al. (2016) und MacMullin et al. (2020) finden ebenfalls einen Zusammenhang zwischen allgemein erhöhten emotionalen und verhaltensbezogenen Problemen und der Präsenz von Suizidalität, der den Einfluss der Peer-Beziehungen abschwächte, wenn beide Faktoren gleichzeitig berücksichtigt wurden. Die Autor*innen kommen zu dem Schluss, dass das Erleben der GI bzw. GD für sich allein bereits eine hohe Stressbelastung für junge Menschen darstellen kann.

Des Weiteren kann *Minority Stress* auch innerhalb der eigenen Familie erlebt werden, wie die Studie von Grossman et al. (2005) gezeigt hat. Hier berichten Jugendliche, dass zwischen 53% und 63% der Elternteile negativ auf das gender-nonkonforme Erleben und Verhalten reagiert hätten. Die Autor*innen schlussfolgern auch hier, dass es einen Zusammenhang zwischen dem psychischen Wohlbefinden und dem Erleben von Stress aufgrund von negativen Reaktionen im familiären Umfeld gibt. Dieses Ergebnis wurde anhand neuerer Untersuchungen zur Bedeutung der eigenen Familie repliziert (Kolbuck et al., 2019; Levitan et al., 2019; Sievert et al., 2021; Simons et al., 2013) und wird in einem eigenen Kapitel dieser Leitlinie berücksichtigt (siehe Kapitel VI → „*Einbeziehung des familiären Beziehungsumfelds und Familiendynamik*"). Kolbuck et al. (2019) weisen zudem darauf hin, dass auch Eltern von Kindern mit GI bzw. GD selbst einem *Minority Stress* ausgesetzt sein können.

Auch die Rolle von Lehrer*innen und der Schule darf nicht unberücksichtigt bleiben: Während transgeschlechtliche Jugendliche vermehrt von Viktimisierung und Problemen oder eingeschränkter Lebensqualität im schulischen Kontext berichten (Röder et al., 2018; Shiffman et al., 2016; Toomey et al., 2010), scheint das Erleben von schulischer Unterstützung mit einer geringeren Häufigkeit

berichteter Viktimisierung und selbstverletzendem Verhalten assoziiert zu sein (Ross-Reed et al., 2019).

Insgesamt sind die genauen Ursachen und Korrelate von psychischen Auffälligkeiten sowie deren interdependentes Zusammenwirken bei Kindern und Jugendlichen mit GI bzw. GD noch nicht hinreichend erforscht. Autor*innen wie Bockting (2016), de Vries et al. (2016) und Smith et al. (2001) betonen, dass das dauerhafte Erleben der Inkongruenz zwischen der empfundenen Geschlechtsidentität und dem durch körperliche Geschlechtsmerkmale geprägten äußeren Erscheinungsbild (körperbezogene Geschlechtsdysphorie) bei betroffenen jungen Menschen bereits als starker anhaltender Stressor wirkt. Zudem weisen Röder et al. (2018) auf den Zusammenhang zwischen Zufriedenheit mit dem eigenen Körper und der Lebensqualität bei Jugendlichen mit GI bzw. GD hin.

Zusammenfassend lässt die empirische Studienlage derzeit keinen verallgemeinerbaren Schluss über kausale Wirkzusammenhänge zu. Das heißt, dass keine pauschale Aussage darüber getroffen werden kann, inwieweit die bei jungen trans Personen mit und ohne diagnostizierter GI bzw. GD gehäuft anzutreffenden psychischen Auffälligkeiten als Folge einer vorwiegend reaktiven Stressbelastung aufzufassen sind, oder wie häufig diese Ausdruck einer unabhängig von einer GI bzw. GD entstandenen bzw. primären Psychopathologie sind, in deren Verlauf auch vorübergehende geschlechtsdysphorische Symptome auftreten können, ohne dass sich daraus eine stabile/persistierende GI bzw. GD entwickelt.

3. Aussagen und Empfehlungen

3.1. Aussagen zum wissenschaftlichen Erkenntnisstand

Auf der Basis, der in den vorangegangenen Abschnitten dargestellter systematischer Literaturübersicht, wurden von der Leitlinienkommission folgende zwei Aussagen zum rezipierten Wissensstand konsentiert:

Aussagen zum wissenschaftlichen Erkenntnisstand:

IV.E1.	Es gibt aus Querschnittsuntersuchungen Belege dafür, dass unter geschlechtsdysphorischen Kindern und Jugendlichen, die in Gesundheitseinrichtungen vorstellig werden, gehäuft klinisch relevante psychopathologische Auffälligkeiten auftreten, die über einen berichteten geschlechtsdysphorischen Leidensdruck hinausgehen.

Die Evidenz zu dieser Aussage ist gut belegt. Es liegen mehr als 20 aussagefähige Studien mit hinreichender Fallzahl und methodischer Güte vor (Aitken et al., 2016; Arcelus et al., 2016; Becker et al., 2014; D. Chen et al., 2017; M. Chen et al., 2016; Chodzen et al., 2018; de Graaf et al., 2018; de Vries et al., 2011; Di Ceglie et al., 2002; Fisher et al., 2017; Hewitt et al., 2012; Holt et al., 2016; Kaltiala-Heino et al., 2015; Khatchadourian et al., 2014; Nahata et al., 2017; Olson et al., 2015; Peterson et al., 2017; Shiffman et al., 2016; Skagerberg, Davidson, et al., 2013; Skagerberg, Parkinson, et al., 2013; Spack et al., 2012; Surace et al., 2020; Zucker et al., 2002, 2012).

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN):

Die DGPPN spricht sich für einen stärkeren Empfehlungsgrad hinsichtlich der fachlichen Unterstützung zum Schutz des Kindes, das einen sozialen Rollenwechsel erwägt, vor Stigmatisierung und Diskriminierung aus und schlägt folgende abgeänderte Formulierung vor:

In einer Beratung von Kindern mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie, die einen sozialen Rollenwechsel vor Eintritt der Pubertät erwägen, und ihren Sorgeberechtigten und ggf. weiteren Bezugspersonen **soll** die beratende Person unabhängig von der individuellen Entscheidung und dem Lebensweg der Betroffenen fachliche Unterstützung zum Schutz vor Stigmatisierung und Diskriminierung des Kindes und/oder seiner Bezugspersonen bieten. Es gibt aus Querschnittsuntersuchungen Belege dafür, dass unter geschlechtsdysphorischen Kindern und Jugendlichen, die in Gesundheitseinrichtungen vorstellig werden, gehäuft klinisch relevante psychopathologische Auffälligkeiten auftreten, die über einen berichteten geschlechtsdysphorischen Leidensdruck hinausgehen.

Begründung siehe Anhang (bzw. *hier*).

Aussagen zum wissenschaftlichen Erkenntnisstand:

IV.E2.	Es gibt Hinweise, dass klinisch relevante psychopathologische Auffälligkeiten, die assoziiert mit einer Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter auftreten können, und die über einen berichteten GD-Leidensdruck hinausgehen, bei Jugendlichen nach Eintritt der Pubertät häufiger sind als bei präpubertären Kindern.

Die Evidenz zu dieser Aussage ist durch mehr als 10 Studien mit hinreichender Fallzahl und methodischer Güte belegt (Aitken et al., 2016; Arcelus et al., 2016; Cohen-Kettenis et al., 2003; de Graaf et al., 2018; de Vries et al., 2016; Kolbuck et al., 2019; Shiffman et al., 2016; Skagerberg, Parkinson, et al., 2013; Steensma et al., 2014; Wallien et al., 2007; Zucker et al., 1997, 2002).

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Hinweis: Bei einer persistierenden GI wird ab dem Eintreten der Pubertät von betroffenen Jugendlichen häufig ein stark zunehmender körperbezogener geschlechtsdysphorischer Leidensdruck berichtet, der zu einer ausgeprägten und anhaltenden Stressbelastung führt. Dieser körperbezogene Leidensdruck spielt bei geschlechts-nonkonformen Kindern vor der Pubertät, insbesondere, wenn sie

sich in der empfundenen Geschlechtszugehörigkeit sozial akzeptiert fühlen, häufig keine oder eine nur geringe Rolle. Dies ist als wichtiger Faktor für das deutlich erhöhte psychische Erkrankungsrisiko geschlechtsdysphorischer Jugendlicher anzusehen.

Grundsätzlich relativierend ist zu berücksichtigen, dass psychopathologische Symptombildungen im Jugendalter allgemein häufiger sind als im Kindesalter, was mit der besonderen Vulnerabilität dieser Altersgruppe im Zusammenhang mit der Bewältigung psychosozialer und psychosexueller Entwicklungsaufgaben der Pubertät begründet wird.

3.2. Empfehlungen

3.2.1. Allgemeine Empfehlungen

Ausgehend von dem in den vorangegangenen Abschnitten dargestellten Wissensstand und den klinischen Beobachtungen und Behandlungserfahrungen der an der Leitlinienerstellung beteiligten Expert*innen geben wir die folgenden *konsensbasierten Empfehlungen* für das diagnostische und therapeutische Vorgehen bei Kindern und Jugendlichen, die wegen einer möglicherweise bestehenden oder sich entwickelnden GI bzw. GD im gesundheitlichen Versorgungskontext vorstellig werden.

Konsensbasierte Empfehlung:

IV.K1.	Bei Kindern und Jugendlichen, die wegen einer Geschlechtsinkongruenz oder Geschlechtsdysphorie (GI/GD) zur Diagnostik und/oder Behandlung vorstellig werden, sollte, wenn es Anhaltspunkte für klinisch relevante psychische oder psychopathologische Auffälligkeiten gibt, eine umfassende kinder- und jugendpsychiatrische oder psychotherapeutische Diagnostik durchgeführt werden. Dabei sollten die Entstehungsgeschichte der berichteten Auffälligkeiten sowie deren mögliche Interaktionen mit der GI bzw. GD sorgfältig erfasst werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Zur Erläuterung: Wenn es keine Anhaltspunkte für klinisch relevante psychische oder psychopathologische Auffälligkeiten gibt und keine psychotherapeutische Behandlung gewünscht wird, sind vorerst auch keine weiterführenden diagnostischen Maßnahmen erforderlich. So bedarf

eine allgemeine entwicklungsorientierte Beratung oder die beratende Unterstützung zur Vorbereitung sozialer Rollenerprobungen keine vorausgehende kinder- und jugendpsychiatrische oder psychologische Diagnostik. Dies gilt jedoch nur, solange kein Wunsch nach einer körpermodifizierenden medizinischen Behandlung besteht. Für jedwede Indikationsstellung zu medizinischen Interventionen (z.B. Pubertätsblockade oder geschlechtsangleichende Hormonbehandlung) ist auch bei aktueller Abwesenheit psychopathologischer Symptome eine umfassende diagnostische Einschätzung *(Assessment)* eine unbedingte Voraussetzung: Sie ist erforderlich sowohl für eine hinreichende diagnostische Sicherheit, dass eine stabile/persistierende GI vorliegt, als auch für die Feststellung, ob eine anderweitige psychische Störung vorliegt und ggf. zu adressieren ist. Ebenso ist diese diagnostische Einschätzung erforderlich zur Feststellung der Einwilligungsfähigkeit/ Urteilsfähigkeit/ Entscheidungsfähigkeit *(capacity for informed consent)* (siehe Kapitel VII → „*Indikationsstellung für körpermodifizierende medizinische Interventionen*“).

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN):

Die DGPPN spricht sich für einen stärkeren Empfehlungsgrad und eine Streichung der Bedingung aus, dass als Voraussetzung einer Diagnostik bereits Anhaltspunkte für psychopathologische Auffälligkeiten gegeben sein müssen und schlägt folgende abgeänderte Formulierung vor:

Bei Kindern und Jugendlichen, die wegen einer Geschlechtsinkongruenz oder Geschlechtsdysphorie (GI/GD) zur Diagnostik und/oder Behandlung vorstellig werden, **soll** eine umfassende kinder- und jugendpsychiatrische oder psychotherapeutische Diagnostik durchgeführt werden. Dabei sollen die Entstehungsgeschichte der berichteten Auffälligkeiten sowie deren mögliche Interaktionen mit der GI bzw. GD sorgfältig erfasst werden.

Begründung siehe Anhang (bzw. *hier*).

Konsensbasierte Empfehlung:

IV.K2.	Wird eine kinder- und jugendpsychiatrische bzw. –psychotherapeutische Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie (Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie) durchgeführt, soll eine Anamnese der bisherigen Entwicklung erhoben werden, anhand derer Beginn und Verlauf geschlechtsinkongruenter Selbstwahrnehmungen und ggf. damit einhergehender geschlechtsdysphorischer Symptome sorgfältig nachgezeichnet werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Zur Erläuterung: Diese Empfehlung gilt unabhängig davon, aus welchem Grund und mit welcher Zielsetzung eine kinder- und jugendpsychiatrische bzw. -psychologische Diagnostik veranlasst wurde (diagnostische Klärung psychopathologischer Symptome, Indikation für Psychotherapie oder Indikation für somatomedizinische Interventionen).

Konsensbasierte Empfehlung:

IV.K3.	Bei einer kinder- und jugendpsychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Diagnostik von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie sollte gezielt auf das mögliche Vorliegen einer behandlungsbedürftigen Depression, Angststörung sowie auf selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität geachtet werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN):

Die DGPPN spricht sich für einen stärkeren Empfehlungsgrad zur Abklärung komorbider psychischer Störungen aus und schlägt folgende abgeänderte Formulierung vor:

Bei einer kinder- und jugendpsychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Diagnostik von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie **soll** gezielt auf das mögliche Vorliegen einer behandlungsbedürftigen Depression, Angststörung sowie auf selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität geachtet werden.

Begründung siehe Anhang (bzw. *hier*).

Konsensbasierte Empfehlung:

IV.K4.	Wenn assoziiert mit einer Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie (GI/GD) im Kindes- oder Jugendalter eine behandlungsbedürftige psychische Störung diagnostiziert wird, sollte eine fachgerechte Behandlung angeboten werden. Diese sollte individuell im Rahmen eines Behandlungsplans konzipiert werden, der ggf. indizierte GI/GD-spezifische Behandlungsmaßnahmen einschließt.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Zur Erläuterung: Die Behandlung einer diagnostizierten psychischen Störung soll entsprechend einschlägiger Leitlinienstandards störungsspezifisch erfolgen. Dies kann jedoch meist nicht losgelöst vom psychischen Leidensdruck erfolgen, der bei einer persistierenden GI bzw. GD vorliegt. Ein solcher geschlechtsdysphorischer Leidensdruck ist im Rahmen eines individuell zu erarbeitenden Störungsmodells als dauerhaft wirksamer und ätiologisch bedeutsamer Stressor zu verstehen, ohne dessen angemessene Adressierung in einem integrierten Behandlungsplan alleinige psychotherapeutische oder pharmakotherapeutische Interventionen, die z.B. an einer ängstlichen oder depressiven Zielsymptomatik ausgerichtet sind, nach überwiegender klinischer Erfahrung der an der Leitlinienerstellung beteiligten Expert*innen oftmals keine hinreichende Wirkung entfalten.

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN):

Die DGPPN spricht sich für einen stärkeren Empfehlungsgrad für dich fachgerechte Behandlung komorbider psychischer Störungen aus und deren Berücksichtigung in einem individuellen Behandlungsplan und schlägt folgende abgeänderte Formulierung vor:

Wenn assoziiert mit einer Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie (GI/GD) im Kindes- oder Jugendalter eine behandlungsbedürftige psychische Störung diagnostiziert wird, **soll** eine fachgerechte Behandlung angeboten werden. Diese **soll** individuell im Rahmen eines Behandlungsplans konzipiert werden, der ggf. indizierte GI/GD-spezifische Behandlungsmaßnahmen einschließt.

Begründung siehe Anhang (bzw. *hier*).

Konsensbasierte Empfehlung:

IV.K5.	Behandelnde sollten bei der diagnostischen Einschätzung von psychopathologischen Symptomen oder psychischen Störungen, die mit einer Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie (GI/GD) assoziiert sind, pauschale Annahmen zu kausalen Zusammenhängen vermeiden. Stattdessen sollte im offenen Dialog mit Patient*innen versucht werden, bezüglich der psychopathologischen Symptome und Beschwerden, ein einzelfallbezogenes Störungsmodell zu entwickeln. *(*siehe Kapitel V → *„Psychotherapie“)*

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Zur Erläuterung: Liegt eine diagnostisch gesicherte GI vor, ist die Annahme, dass ein hieraus resultierender geschlechtsdysphorischer Leidensdruck im Zusammenwirken mit aversiven sozialen Erfahrungen *(minority stress)* ätiologisch bedeutsame Stressoren sein können, zwar naheliegend, jedoch im Einzelfall im diagnostischen Prozess zu überprüfen. Psychopathologische Symptome können auch unabhängig von einer bestehenden GI bzw. GD entstanden sein bzw. bereits vor dem Gewahr werden eines geschlechtsinkongruenten Empfindens bestanden haben. Ebenso können manche psychischen Störungen, auch wenn sie durch den Stressor einer GD mitbedingt sind, eine die Störung perpetuierende Eigendynamik entwickeln, wie beispielsweise bei Suchtstörungen,

Essstörungen oder ausgeprägten Sozialphobien mit Schulabsentismus. Auch die Möglichkeit, dass eine primäre psychische Störung, die mit ausgeprägter allgemeiner Identitätsunsicherheit und/oder Identitätsdiffusion einhergeht, zu einer vorübergehenden geschlechtsdysphorischen Symptomatik führen kann, die im weiteren Entwicklungsverlauf nicht persistiert, ist im Einzelfall zu bedenken und ggf. im diagnostischen Prozess sorgfältig zu überprüfen. Wenn z.B. im Einzelfall eine Persönlichkeitsstörung mit ausgeprägter Identitätsdiffusion vorliegt, kann dies zwar eine diagnostische Einschätzung deutlich erschweren und einen längeren diagnostischen Prozess erforderlich machen. Eine *automatische* Annahme, wonach in einem solchen Fall keine persistierende GI vorliegt, ist jedoch ebenso wenig gerechtfertigt und ist ggf. im weiteren Verlauf kritisch zu überprüfen.

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN):

Die DGPPN spricht sich für einen stärkeren Empfehlungsgrad zur Entwicklung eines einzelfallbezogenen Störungsmodells aus und schlägt folgende abgeänderte Formulierung vor:

Behandelnde **sollen** bei der diagnostischen Einschätzung von psychopathologischen Symptomen oder psychischen Störungen, die mit einer Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie (GI/GD) assoziiert sind, pauschale Annahmen zu kausalen Zusammenhängen vermeiden. Stattdessen **soll** im offenen Dialog mit Patient*innen versucht werden, bezüglich der psychopathologischen Symptome und Beschwerden, ein einzelfallbezogenes Störungsmodell zu entwickeln. (siehe Kapitel V → *„Psychotherapie“*)

Begründung siehe Anhang (bzw. *hier*).

3.2.2. Spezielle Empfehlungen bei Hinweisen für das koinzidente Vorliegen einer Autismus-Spektrum-Störung (ASS)

Die Diagnostik und Begleitung der Betroffenen bei Hinweisen für eine koinzidente Doppeldiagnose von ASS und GI bzw. GD ist zumeist komplex und zeitintensiv. Autismus-bedingte Besonderheiten können eine fachgerechte Differentialdiagnostik, Begleitung und Behandlung von Jugendlichen, die mit Hinweisen auf das Vorliegen einer GI bzw. GD vorstellig werden, erheblich erschweren und verzögern. Liegt eine fachgerecht gestellte GI bzw. GD-Diagnose vor, rechtfertigt eine koinzidente ASS-Diagnose nicht, dass gewünschte medizinische Maßnahmen zur Unterstützung einer sozialen Transition generell verzögert oder nicht indiziert werden.

Konsensbasierte Empfehlung:

IV.K6.	Bei Kindern und Jugendlichen, die wegen einer geschlechtsdysphorischen Symptomatik vorstellig werden, sollte auf das mögliche Vorliegen einer Autismus-Spektrum-Störung geachtet werden. Bei Verdacht auf eine Autismus-Spektrum-Störung sollte entsprechend der Empfehlungen der S3-Leitlinie *Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes– und Jugendalter*, Teil 1: Diagnostik (DGKJP, 2016) vorgegangen werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Zur Erläuterung: Eine diagnostische Überlappung zwischen ASS und GI bzw. GD ist zwar überzufällig häufig, gleichwohl absolut gesehen selten. Ein generelles Autismus-Screening ist daher entbehrlich, wenn es aus der gesamten Anamnese und dem aktuellen Befund keinerlei klinische Hinweise auf das mögliche Vorliegen einer ASS gibt. Liegen hingegen klinische Hinweise vor auf das mögliche Vorliegen einer ASS, ist eine leitliniengerechte Autismus-Diagnostik einzuleiten, für das sich je nach klinischem Bild in der Regel empfiehlt, zunächst ein etabliertes Autismus-Screening durchzuführen und bei bereits entsprechend begründeterem klinischem Verdacht auf eine ASS eine standardisierte Autismus-Diagnostik zu veranlassen.

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN):

Die DGPPN spricht sich für einen stärkeren Empfehlungsgrad zur Abklärung einer Autismus-Spektrum-Störung (ASS) aus und schlägt folgende abgeänderte Formulierung vor:

Bei Kindern und Jugendlichen, die wegen einer geschlechtsdysphorischen Symptomatik vorstellig werden, **soll** auf das mögliche Vorliegen einer Autismus-Spektrum-Störung geachtet werden. Bei Verdacht auf eine Autismus-Spektrum-Störung **soll** entsprechend der Empfehlungen der S3-Leitlinie *Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes– und Jugendalter*, Teil 1: Diagnostik (DGKJP, 2016) vorgegangen werden.

Begründung siehe Anhang (bzw. *hier*).

Konsensbasierte Empfehlung:

IV.K7.	Liegt bei Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie zugleich eine diagnostisch gesicherte Autismus-Spektrum-Störung vor, sollte bei der professionellen Begleitung das Fachwissen beider Bereiche einbezogen werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Zur Erläuterung: Im Falle einer Doppeldiagnose sind für eine fachgerechte weiterführende Behandlungsplanung mittel- und langfristig die spezifischen Besonderheiten aus beiden Bereichen zu berücksichtigen. Dies bedeutet, dass die autismus-spezifische klinische Expertise für Fallverständnis und Behandlung der GI bzw. GD unverzichtbar ist und umgekehrt.

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN):

Die DGPPN spricht sich für einen stärkeren Empfehlungsgrad hinsichtlich der professionellen Begleitung bei einer Doppeldiagnose ASS und GI/GD aus und schlägt folgende abgeänderte Formulierung vor:

Liegt bei Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie zugleich eine diagnostisch gesicherte Autismus-Spektrum-Störung vor, **soll** bei der professionellen Begleitung das Fachwissen beider Bereiche einbezogen werden.

Begründung siehe Anhang (bzw. *hier*).

4. Zusammenfassung: Diagnostisches Vorgehen bei Hinweisen auf eine Geschlechtsinkongruenz unter Berücksichtigung möglicher psychiatrischer Begleitdiagnosen

Bei der Diagnostik der Geschlechtsinkongruenz (GI) ist zu berücksichtigen, dass diese nach der ICD-11 nicht als psychische Störung definiert ist. Die Diagnosestellung erfolgt demnach nach der ICD-11 im Sinne einer gesundheitsrelevanten *condition*. Diagnostisch wegweisend sind die reflektierte und authentische Selbstauskunft der Patient*innen zu deren nonkonformen Geschlechtsidentität sowie deren zeitlich anhaltende Persistenz im Jugendalter nach Eintritt der Pubertät. Die bei einer GI häufig anzutreffenden assoziierten psychischen Störungen sind, wenn sie differentialdiagnostisch in Betracht gezogen werden, nicht als *Ausschlussdiagnosen* zu verstehen – weder in dem Sinne, dass bei Vorliegen einer solchen Diagnose dies gegen die Annahme einer GI spricht, noch dass sie ausgeschlossen sein müssen, bevor die Diagnose einer GI gestellt werden kann. Bei psychischen Störungen, die z.B. mit einer Symptomatik aus Körperunzufriedenheit, Identitätsunsicherheit oder sozialen Ängsten einhergehen, kann es im Verlauf dazu kommen, dass Jugendliche sich vorübergehend gender-nonkonorm identifizieren, ohne dass sich hieraus eine persistierende GI entwickelt. Eine solchermaßen passagere *Gender-Unzufriedenheit*, die mit psychischen Belastungssymptomen einhergeht (*gender related distress*) kann in Verbindung mit weiteren psychopathologischen Auffälligkeiten sowie mit Einflüssen aus Peer-Group oder sozialen Medien möglicherweise zu einer vorübergehenden Selbstbeschreibung von jungen Menschen als *trans* führen. Davon abzugrenzen ist die spezifische und deutlich seltenere Konstellation einer persistierenden Geschlechtsinkongruenz mit geschlechtsdysphorischem Leidensdruck, wie durch ICD-11 und DSM-5 operationalisiert:

Diagnosekriterien für die Geschlechtsinkongruenz im Jugend- und Erwachsenenalter nach ICD-11 (HA60; WHO, 2022).

Eine Geschlechtsinkongruenz im Jugend- und Erwachsenenalter ist gekennzeichnet durch:

- eine *ausgeprägte und [zeitlich überdauernd] anhaltende Inkongruenz* zwischen dem empfundenen Geschlecht einer Person und dem zugewiesenen Geschlecht, die oft zu dem *Wunsch nach einer "Transition"* führt, *um als eine Person des erlebten Geschlechts zu leben und akzeptiert zu werden*, und zwar durch eine Hormonbehandlung, einen chirurgischen Eingriff oder andere Gesundheitsdienstleistungen, um den Körper der Person *so weit wie möglich und gewünscht an das erlebte Geschlecht anzupassen*.

Die Diagnose kann nicht vor dem Einsetzen der Pubertät gestellt werden.

Geschlechtsvariante Verhaltensweisen und Vorlieben allein sind keine Grundlage für die Zuweisung der Diagnose.

Diagnostische Kriterien der Geschlechtsdysphorie im Jugend- und Erwachsenenalter nach DSM 5 (APA, 2013, S. 621)

A. Eine *seit mindestens 6 Monaten* bestehende ausgeprägte Diskrepanz zwischen Gender und Zuweisungsgeschlecht, wobei *mindestens zwei der folgenden Kriterien* erfüllt sein müssen:

1. Ausgeprägte Diskrepanz zwischen Gender und den primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmalen (oder, bei Jugendlichen, den erwarteten sekundären Geschlechtsmerkmalen).
2. Ausgeprägtes Verlangen, die eigenen primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmale loszuwerden (oder, bei Jugendlichen, das Verlangen, die Entwicklung der erwarteten sekundären Geschlechtsmerkmale zu verhindern).
3. Ausgeprägtes Verlangen nach den primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmalen des anderen Geschlechts.
4. Ausgeprägtes Verlangen, dem anderen Geschlecht anzugehören (oder einem alternativen Gender, das sich vom Zuweisungsgeschlecht unterscheidet).
5. Ausgeprägtes Verlangen danach, wie das andere Geschlecht behandelt zu werden (oder wie ein alternatives Gender, das sich vom Zuweisungsgeschlecht unterscheidet).
6. Ausgeprägte Überzeugung, die typischen Gefühle und Reaktionsweisen des anderen Geschlechts aufzuweisen (oder die eines alternativen Gender, das sich vom Zuweisungsgeschlecht unterscheidet).

B. Klinisch relevantes Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Nur eine sorgfältige Diagnostik, die den individuellen Entwicklungsverlauf berücksichtigt, kann eine *Alternativhypothese* („Könnte die Gender-Unzufriedenheit durch andere Störungen besser erklärbar sein?“) ausschließen. Zu berücksichtigen ist hierbei, dass es keine psychische Störung gibt, die das spezifische Bild einer dauerhaft persistierenden GI/GD erzeugt.

Eine persistierende GI kann im Verlauf Identitätsunsicherheit, Körperunzufriedenheit, Angstsymptome und andere Sekundärsymptome hervorrufen. Im Einzelfall muss die diagnostische Einschätzung demnach sorgfältig anhand des Gesamtbefundes und des Verlaufs der psychopathologischen Begleitsymptome getroffen werden. Da die GI nicht als psychische Störung definiert ist (s.o.), wird in dieser Leitlinie hierfür nicht der Begriff *komorbide Störung*, sondern es werden durchgängig die Bezeichnungen *koinzidente* oder *mit einer GI assoziierte psychische Störung* gewählt.

Differentialdiagnostische Erwägungen im Sinne einer differenzierten diagnostischen Einschätzung assoziierter psychischer Störungen bei vermutetem Vorliegen einer GI sind wichtig, weil sie ggf. mit mehreren für Behandlungsentscheidungen bedeutsamen Aspekten interferieren können, nämlich u.a.:

- mit der diagnostischen Klarheit bezüglich der Selbstauskunft zur empfundenen Geschlechtsidentität (z.B. bei schwerer depressiver Symptomatik mit Identitätsdiffusion),
- mit der diagnostischen Klarheit bezüglich geäußerter Körperunzufriedenheit (z.B. bei Essstörungen),
- mit der Stabilität der Geschlechtsidentität im zeitlichen Verlauf (z.B. bei instabilen Persönlichkeitsstörungen),
- mit der Feststellung von Einwilligungsfähigkeit (D)/ Urteilsfähigkeit (CH)/ Entscheidungsfähigkeit (A) auf Basis informierter Zustimmung (z.B. bei psychischen Störungen mit kognitiver Einengung oder ausgeprägter emotionaler Instabilität),
- mit medizinischen Kontraindikationen für hormonelle Behandlungen (z.B. bei Anorexie mit starker Untergewichtigkeit oder bei psychischen Störungen mit ausgeprägter Affektlabilität und Impulsivität).

Das empfohlene Vorgehen bei der Indikationsstellung für körpermodifizierende medizinische Maßnahmen bei einer diagnostizierten persistierenden GI ist in Kapitel VII → *„Indikationsstellung für körpermodifizierende medizinische Interventionen“* beschrieben. Dem geht in vielen Fällen bereits eine vertiefte psychiatrische bzw. psychotherapeutische Diagnostik aufgrund assoziierter psychischer

Gesundheitsprobleme voraus. An dieser Stelle werden wichtige in dem vorangegangenen Kapitel ausgeführte Grundsätze und Schritte für ein integriertes diagnostisches Vorgehen zusammengefasst:

1. Der Verdacht auf das Vorliegen einer Geschlechtsinkongruenz begründet per se bei Abwesenheit psychopathologischer Symptome keinen Bedarf an psychiatrischer bzw. psychotherapeutischer Diagnostik. Insbesondere bedarf es bei Abwesenheit psychopathologischer Symptome keiner Differential- oder Ausschlussdiagnostik.
2. Die Durchführung einer kinder- und jugendpsychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Diagnostik ist hingegen bei Verdacht auf das Vorliegen einer Geschlechtsinkongruenz immer dann angezeigt, wenn hierfür *einer der drei folgenden Gründe* vorliegt:
    a. Es gibt in Anamnese und psychopathologischem Befund Hinweise für eine behandlungsbedürftige psychische Störung, die ggf. in Wechselwirkung mit der Geschlechtsinkongruenz zu betrachten ist *(→ vgl. o.g. Empfehlung IV. K1)*. In diesem Falle folgt das diagnostische Vorgehen dem jeweiligen Leitlinienstandard der in Betracht gezogenen psychischen Störung (z.B. Depression, Angststörung, Essstörung oder Autismus-Spektrum Störung). Ein individualisiertes Störungsmodell ist mit den Patient*innen zu erarbeiten, welches verschiedene Möglichkeiten kausaler und reaktiver Wirkzusammenhänge zwischen psychopathologischen Symptomen einerseits und geschlechtsdysphorischem Leidensdruck andererseits berücksichtigt *(→ vgl. o.g. Empfehlung IV. K5).* Häufige und differentialdiagnostisch bedeutsame koinzidente psychische Störungen sind in u.g. Tabelle 3 gelistet.
    b. Es besteht der Wunsch nach psychotherapeutischer Begleitung. In diesem Falle folgt das diagnostische Vorgehen den für eine fachgerechte Indikationsstellung und Zielformulierung üblichen psychotherapeutischen Prinzipien (siehe Ausführungen in Kapitel V → *„Psychotherapie und psychosoziale Interventionen*“).
    c. Es besteht der Wunsch nach einer körpermodifizierenden medizinischen Behandlung oder eine solche Indikation wird erwogen. In diesem Fall ist eine ausführliche Diagnostik, bei der möglicherweise assoziierte psychische Störungen beachtet werden, unabdingbare Voraussetzung für eine fachgerechte Indikationsstellung (siehe Ausführungen in Kapitel VII → *„Indikationsstellung für körpermodifizierende medizinische Interventionen*“).

Tabelle 3

Differentialdiagnosen und häufige koinzidente Störungen bei Geschlechtsinkongruenz

Depressive Störungen
Soziale Phobien
Persönlichkeitsstörungen mit Identitätsdiffusion
Essstörungen
Suizidale Syndrome
Syndrome selbstverletzenden Verhaltens
Autismus-Spektrum-Störungen

3. Für die klinische Diagnosestellung einer persistierenden Geschlechtsinkongruenz als gesundheitsrelevanter Zustand (*condition*) ohne psychischen Krankheitswert nach ICD-11 existieren *keine standardisierten Diagnostikinstrumente.* Die Diagnosestellung gründet sich vorwiegend auf die narrative Exploration des Selbsterlebens der Patient*innen über längere Zeiträume. Behandelnde psychotherapeutische und medizinische Fachpersonen können sich dabei an den diagnostischen Kriterien nach ICD-11 orientieren (s.o.), wonach eine *ausgeprägte und zeitlich überdauernd anhaltende Inkongruenz* zwischen dem empfundenen Geschlecht einer Person und dem zugewiesenen Geschlecht besteht, die den reflektierten Wunsch nach einer dauerhaft gelebten und sozial akzeptierten Transition begründet. Werden in Verbindung mit einem solchen Transitionswunsch körpermodifizierende medizinische Maßnahmen in Betracht gezogen, ist vor einer Indikationsstellung die Persistenz dieses ausgeprägten Empfindens vor dem Hintergrund der bisherigen Entwicklungs- und Lebensgeschichte der behandlungssuchenden Person umfassend mit dieser zu explorieren unter Einbezug der Perspektive der Sorgeberechtigten (siehe Kapitel VII → *„Indikationsstellung für körpermodifizierende medizinische Interventionen“*, *Empfehlung VII. K3).* Dabei sind auf Seiten der psychotherapeutischen Fachperson umfassende Kenntnisse über die Variationsbreite von Entwicklungsverläufen bei gender-nonkonformen Kindern und Jugendlichen notwendig. Dies schließt Kenntnisse über Verlaufsformen ein, die mit einer Desistenz oder Detransition einhergehen (siehe Kapitel II → *„Variante Entwicklungsverläufe“ vgl. Empfehlungen II. K1 und II K2*).
4. Zur standardisierten diagnostischen Einschätzung, in welchem Maße bei einer GI ein geschlechtsdysphorischer Leidensdruck besteht, können ergänzend die diagnostischen

Kriterien der *Geschlechtsdysphorie im Jugend- und Erwachsenenalter nach dem DSM-5* herangezogen werden *(s.o.).* Es sind darüber hinaus international vier englischsprachige für das Jugendalter validierte Fragebogeninstrumente zur Erfassung geschlechtsdysphorischer Symptome etabliert, von denen zwei in einer deutschsprachigen Übersetzung validiert wurden (s.u. Tabelle 4). Solche Symptomfragebögen sind für die klinische Diagnostik entbehrlich, weil sie im Einzelfall keinen validen diagnostischen Mehrwert gegenüber den klinischen DSM-5-Kriterien haben. Sie werden bislang überwiegend im Rahmen von Kohortenstudien zur Messung von Symptomausprägungen und deren Verlauf verwendet.

Tabelle 4

Validierte Fragebogeninstrumente zur Erfassung geschlechtsdysphorischer Symptome (nach Bloom et al., 2021; Bowman et al., 2022).

Instrument	**Autor*innen**	**Jahr**	**Land**	**Perspektive**	**Deutsche Validierung**
Gender Diversity Questionnaire *(GDQ)*	Twist & de Graaf	2019	UK	Selbstbericht	Nein
Gender Identitiy Questionnaire for Children *(GIQ)*	Johnson et al.	2004	Kanada	Fremdbericht durch Eltern	Nein
Gender Identity/Gender Dysphoria Questionnaire for Adolescents and Adults *(GI/GDQ-AA)*	Deogracias et al.	2007	Kanada	Selbstbericht	Ja*
Utrecht Gender Dysphoria Scale *(UGDS)*	Steensma et al.	2013	Niederlande	Selbstbericht	Ja*

Anmerkung: * Schneider et al., 2016

Die Diagnose einer koinzidenten psychischen Störung kann mit der diagnostischen Klarheit bei der Einschätzung einer GI interferieren, sie schließt per se aber das Vorliegen einer GI weder aus, noch begründet sie per se eine Kontraindikation für körpermodifizierende Maßnahmen. Mögliche Interferenzen zwischen einer GI mit geschlechtsdysphorischen Symptomen und einer koinzidenten psychischen Störung können vielfältig sein und sind einzelfallbezogen zu bewerten. Dies kann mitunter längere diagnostische Prozessbegleitungen zur Klärung des Vorgehens bei der Behandlung begründen. Hierzu zwei illustrierende Fallbeispiele, die aufzeigen, wie komplex der diagnostische Prozess sein kann. Ähnliche Fallkonstellationen können in der klinischen Praxis natürlich auch ganz andere Verläufe nehmen.

Fall 1: Brian 16-21 Jahre,

Autismus-Spektrum-Störung und Geschlechtsinkongruenz

Brian ist ein 16jähriger Jugendlicher mit transgeschlechtlichem Empfinden (weiblich zu männlich), der, seinerzeit noch sozial in der Mädchenrolle lebend, in einer Spezialsprechstunde für Geschlechtsinkongruenz angemeldet wird. Brian kommuniziert sehr spärlich mit der Untersucherin, hält dabei den Blickkontakt. Seine Sprache wirkt einfach. Er kommuniziert klar, dass er sich als Junge fühle, hat aber keine Vorstellung, wie dies im Alltag umgesetzt werden könne. Seinen Mädchenvornamen will er zunächst noch beibehalten, da er diesen ja schon «so lange» habe und er ja zu ihm passe. Er leide gleichwohl stark darunter, dass sein Umfeld ihn unter dem Mädchennamen nicht als Junge erkenne. Die Körperdysphorie ist stark ausgeprägt. Er wünsche sich eine tiefe Stimme, männliche Behaarung, einen Bart und mehr Muskeln an Oberarmen und Oberkörper. Zudem leide er sehr stark unter der Menstruation und dem Anblick seiner weiblichen Brust. Er sei seit seiner Kindheit sozial isoliert und habe seit jeher große Probleme mit schulischen Leistungen, insbesondere in sprachlichen Fächern. Die Entwicklungsanamnese mit Brian und seinen Eltern ergibt das Bild einer seit früher Kindheit stabilen männlichen Geschlechtsidentität, jedoch bislang ohne klar geäußerten Wunsch nach Transitionsschritten.

Es folgt eine einjährige Phase der psychotherapeutischen Begleitung. Dabei fällt eine große Diskrepanz auf zwischen einerseits einem hohen geschlechtsdysphorischen Leidensdruck und andererseits einer großen Veränderungsangst. Brian und die Familie werden beraten, sich für den Prozess anstehender Entscheidungsfindungen viel Zeit zu nehmen. Er wird darin unterstützt, die von ihm gewünschten Schritte sehr gut vorzubereiten. Brian entscheidet sich schließlich dazu, den männlichen Wunschnamen im Alltag anzunehmen. Eine ausführliche diagnostische Abklärung ergab folgende

Diagnosen: 1. *Persistierende Geschlechtsinkongruenz*; 2. *Autismus-Spektrum-Störung;* 3. *durchschnittliche Intelligenz*.

Im therapeutischen Prozess erscheint es wichtig, mit Brian zu erarbeiten, inwieweit die über mehrere Jahre anhaltende Ambivalenz gegenüber Transitionsschritten mit einer Selbstunsicherheit in Bezug auf seine Geschlechtsidentität oder eher mit einer aus autistischen Symptomen resultierenden Veränderungsangst und sozialen Ängsten zu tun haben könnte. Im Alter von knapp 18 Jahren entscheidet Brian sich für eine Testosteronbehandlung, für die die jugendpsychiatrische Indikation gestellt wird. Er wünscht sich zudem dringend eine Mastektomie. Er weint häufig vor Verzweiflung in den Therapiestunden, kann sich jedoch über zwei Jahre nicht für eine Operation entscheiden, da er große Angst vor diesem Schritt hat. Er wird wiederum darin unterstützt, sich für die Entscheidung Zeit zu lassen.

Im Rückblick stand für Brian seine Geschlechtsidentität nie in Frage. Er war sich seit frühester Kindheit darüber klar, eine männliche Person zu sein. Er benötigte eine verlaufsoffene Begleitung über Jahre, um sich darüber klar zu werden, welche Maßnahmen für ihn richtig sind. Er meldet sich für eine Vorbesprechung der Mastektomie an und wieder ab, um sich ein Jahr später wieder anzumelden. Mit 20 Jahren lässt er die Operation nach psychiatrischer Indikationsstellung durchführen. Im Follow-Up mit 21 Jahren zeigt sich eine hohe Zufriedenheit mit den erfolgten geschlechtsangleichenden Maßnahmen der Hormonbehandlung und der Mastektomie. Brian lebt in einer Partnerbeziehung mit einem jungen Mann.

Fall 2: Nick, 15-20 Jahre,
Anorexie und Geschlechtsinkongruenz

Der 15jährige bereits im männlichen Geschlecht lebende Nick wird zu einer kinder- und jugendpsychiatrischen Konsiliaruntersuchung angemeldet aufgrund einer sich seit dem Alter von 12 Jahren chronifizierenden restriktiven Anorexia Nervosa, die bereits zu mehreren Klinikaufenthalten geführt habe. Nick, dessen zugewiesenes Geschlecht bei Geburt weiblich war, erklärt, dass er sich als Junge fühle. Dies habe er während der vorangehenden Klinikaufenthalte jedoch nie geäußert. Aus der Entwicklungsvorgeschichte werden jungentypische Verhaltensweisen und Vorlieben in der Kindheit berichtet, wobei nie ein expliziter Wunsch geäußert worden sei, diesbezüglich Schritte einer Transition zu unternehmen. Erst mit der Pubertät sei eine ausgeprägte Körperdysphorie in Bezug auf alle sekundären weiblichen Geschlechtsmerkmale entstanden. Im Prozess einer längeren psychotherapeutischen Begleitung werden die Entwicklung der Geschlechtsidentität im Lebensverlauf und die Hintergründe der Körperdysphorie reflektierend bearbeitet. Dabei wird exploriert, inwieweit

die Essstörung als Reaktion auf eine Geschlechtsdysphorie zu verstehen ist, oder ob eher umgekehrt die berichtete Ablehnung der weiblichen Geschlechtsrolle als Ausdruck eines psychosexuellen Reifungskonflikts im Rahmen der Essstörung zu verstehen sein könnte. Es zeigt sich zunehmend klar, dass die männliche Geschlechtsidentität bereits seit Kindheit bestanden hat und daher ein mit seiner Person kongruentes Erleben der weiblichen körperlichen Entwicklung für Nick nicht möglich war. Nick kann einerseits die Entstehung der Essstörung im Zusammenhang mit seiner Geschlechtsidentität beschreiben, kann andererseits aber auch klar erkennen, dass die Essstörung inzwischen eine starke Eigendynamik angenommen hat. Seine Körperunzufriedenheit differenziert er nach unterschiedlichen Körpermerkmalen: Der Bauch fühle sich «zu dick» an, die Brüste als «grundsätzlich falsch und unpassend». Nach einer einjährigen psychotherapeutischen Begleitung wird Nicks Wunsch entsprechend die Indikation für eine Pubertätsblockade gestellt. Daraufhin zeigt sich, dass die Gewichtszunahme sehr rasch erfolgt, nachdem Nick eine mit seiner Identität kongruente körperlich männliche Entwicklung in Aussicht gestellt wird. Nach vierjährigem Verlauf der Essstörung kann Nick stabil bis zur 25. BMI-Perzentile an Gewicht zunehmen. Im Alter von 17 Jahren entscheidet er sich unter weiterhin stabilem Normalgewicht nach entsprechender Indikationsstellung für eine Testosteronbehandlung und mit 18 Jahren für eine Mastektomie. Im Follow-Up mit 20 Jahren zeigt sich eine weiterhin stabile männliche Identität, eine hohe Zufriedenheit mit den geschlechtsangleichenden Maßnahmen und eine komplette Remission der Essstörung.

Kapitel V

Psychotherapie und psychosoziale Interventionen

1. **Einleitung und Leitfragen**
2. **Rahmenbedingungen psychotherapeutischer Angebote und Indikationsstellung zur Psychotherapie**
3. **Exkurs: Historische Entwicklung psychotherapeutischer Grundhaltungen und Konzepte:**
4. **Beobachtungsstudien zu psychotherapeutischen Interventionen**
5. **Professionelle Haltung bei der psychotherapeutischen Begleitung gender-nonkonformer, geschlechtsinkongruenter und geschlechtsdysphorischer Jugendliche**
   - 5.1. Nicht-binäres Verständnis von Geschlechtlichkeit
   - 5.2. Akzeptierende und verlaufsoffene Grundhaltung
   - 5.3. Ablehnung „reparativer“ Therapieziele und Strafbarkeit von Konversionsmaßnahmen
   - 5.4. Kenntnis bzw. Erfragen von trans-spezifischen Erfahrungen
   - 5.5. Reflexion der therapeutischen Rolle und Selbsterfahrung
6. **Aufgaben und Zielsetzungen psychotherapeutischer Interventionen bei gender-nonkonformen, geschlechtsinkongruenten und geschlechtsdysphorischen Jugendlichen**
   - 6.1. Einbeziehung von Eltern und weiteren familiären Bezugspersonen
   - 6.2. Unterstützung bei Selbstexploration und Selbstfindung geschlechts-nonkonformer Jugendlicher
   - 6.3. Selbstakzeptanz und Bearbeitung internalisierter Trans-Negativität
   - 6.4. Psychotherapeutische Unterstützung bei Rollenerprobungen und Rollenwechsel
   - 6.5. Offenheit für Zweifel, desistente Verläufe und die Möglichkeit späterer Detransition
   - 6.6. Bearbeitung von Themen zu Körperbild und Körperbezug

6.7. Liebe, Partner*innenschaft und Sexualität

6.8. Bewältigung negativer Gefühle bei anhaltender Geschlechtsdysphorie

6.9. Unterstützung bei der Entwicklung von vollumfänglicher Einwilligungsfähigkeit für körpermodifizierende Maßnahmen

1. Einleitung und Leitfragen

Es gibt keine ursächliche psychotherapeutische Behandlung der Geschlechtsdysphorie. Eine Psychotherapie beim Vorliegen einer Geschlechtsinkongruenz (GI) bzw. Geschlechtsdysphorie (GD) kann nur prozessbegleitend und/oder supportiv sein bzw. assoziierte psychische Störungen behandeln. Die betreffenden Vorgehensweisen und sinnvolle Therapieziele werden in diesem Kapitel beschrieben. Einer Psychotherapie geht grundsätzlich eine fachgerechte Diagnostik, Differentialdiagnostik, Aufklärung und Indikationsstellung durch eine psychotherapeutische Fachperson voraus. Grundlage hierfür sind die professionellen Sorgfaltspflichten, wie sie in den Berufsordnungen der Heilberufe und in gesetzlichen Regelungen beschrieben sind. Im Rahmen dieser Diagnostik können in der Regel das Vorliegen einer Geschlechtsinkongruenz (GI) bzw. Geschlechtsdysphorie (GD) sowie Diagnosen etwaiger assoziierter psychischer Erkrankungen bestätigt oder ausgeschlossen werden. Im diagnostischen Prozess kann auch die Indikation für eine Psychotherapie gestellt werden. Die Aufnahme einer psychotherapeutischen Behandlung bleibt dabei freiwillig und selbstbestimmt. Ist das Vorliegen einer persistierenden Geschlechtsinkongruenz (GI) bzw. Geschlechtsdysphorie (GD) bei einer minderjährigen Person nicht ausreichend zuverlässig zu bestimmen, so kann zu diesem Zeitpunkt keine Indikation für körpermodifizierende medizinische Maßnahmen gestellt werden. Hier kann eine länger angelegte Prozess- und Verlaufsdiagnostik im Rahmen einer begleitenden psychotherapeutischen Behandlung indiziert sein. Andererseits ist die gestellte Diagnose einer Geschlechtsinkongruenz keineswegs mit der Indikationsstellung für den Beginn einer gewünschten körpermodifizierenden medizinischen Maßnahme gleichzusetzen. Die hierfür zusätzlich erforderlichen Voraussetzungen und zu beachtenden Sorgfaltsregeln sind in Kapitel VII → *„Indikationsstellung für körpermodifizierende Maßnahmen“* ausführlich beschrieben.

In bisherigen fachlichen Empfehlungen zu psychotherapeutischen Interventionen bei Kindern und Jugendlichen, die mit Anzeichen für das mögliche Vorliegen einer Geschlechtsinkongruenz (GI) bzw. Geschlechtsdysphorie (GD) im professionellen Hilfesystem vorstellig werden, fällt eine bemerkenswerte Diskrepanz auf. Einerseits wird unstrittig betont, dass das Angebot einer psychotherapeutischen Unterstützung sehr wichtig sei. In Behandlungsempfehlungen früherer Jahrzehnte wurde das Durchlaufen einer Psychotherapie für trans Personen sogar als eine verpflichtende Voraussetzung für den Zugang zu körpermodifizierenden medizinischen Maßnahmen definiert.[1] Andererseits wurde in bisherigen einschlägigen Empfehlungen wenig bis gar nicht definiert,

[1] In der 2020 veröffentlichten Begutachtungsanleitung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes der GKV (BGA-MDS; Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., 2020),deren Autor*innenschaft intransparent ist, wird diese veraltete Auffassung immer noch vertreten, obwohl sie mit dem in der aktuellen S3-Leitlinie *Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans*Gesundheit* für das

welche Interventionen eine psychotherapeutische Unterstützung von trans Personen enthalten soll bzw. welche Therapieziele sinnvoll bzw. nicht sinnvoll sind. In anderen Worten: Psychotherapie wird vielfach empfohlen, bleibt in den Empfehlungen aber meist eine „Black Box“.

Ausgehend von der Diagnose einer GI nach ICD-11 (World Health Organization, 2022) leitet sich zunächst keine Indikation oder Empfehlung für psychotherapeutische Maßnahmen ab. Das Angebot einer Psychotherapie im engeren Sinne der Psychotherapierichtlinie bedarf demnach im Einzelfall einer separaten Indikation, die mit dem Vorliegen einer krankheitswertigen psychischen Störung begründet ist (s.u.). Gleichwohl erscheint eine psychotherapeutische Prozessbegleitung zur Unterstützung der geschlechtlichen Identitätsentwicklung und deren gelingende Integration in die gesamte Persönlichkeitsentwicklung oft sinnvoll. Sie wird entsprechend von Behandlungssuchenden oft gewünscht und in Anspruch genommen. Dabei ist der Vielfalt und Komplexität von Entwicklungsthemen im Kindes- und Jugendalter, die in der Regel weit über die Gender-Frage hinausgehen, angemessen Rechnung zu tragen, insbesondere was die gesamte Identitätsentwicklung in der Adoleszenz betrifft (Seiffge-Krenke, 2021).

Aufbau und Inhalt dieses Kapitels haben zum vorrangigen Ziel, psychotherapeutischen Fachpersonen aus der gesichteten speziellen Literatur einen breiten Fundus zur fachlichen Orientierung zugänglich zu machen, ohne dabei eine bestimmte Vorgehensweise zu reglementieren. Die Ausführungen fokussieren entsprechend auf zu reflektierende *professionelle Haltungen,* sowie auf sinnvolle *mögliche Ziele psychotherapeutischer Interventionen,* die jeweils bedarfsorientiert im Einzelfall mit Patient*innen bzw. Klient*innen und ihren Angehörigen zu erarbeiten sind. Dabei wurden insgesamt nur einige wenige handlungsleitende Empfehlungen von der Leitlinienkommission konsentiert und hervorgehoben.

Leitfragen an die Leitlinie:

- Wie verbindlich kann/soll Psychotherapie an welchen Stellen der professionellen Begleitung Behandlungssuchender empfohlen werden?
- Wie sieht eine leitliniengerechte professionelle Begleitung bei Patient*innen aus, die keine Psychotherapie wünschen oder benötigen?
- Welche sinnvollen Ziele lassen sich für psychotherapeutische Interventionen bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie benennen?

Erwachsenenalter (DGfS, 2018) dargestellten wissenschaftlichen Erkenntnisstand sowie mit der Berufsethik von Psychotherapeut*innen nicht vereinbar ist.

– Welche Ziele psychotherapeutischer Interventionen sind in diesem Kontext obsolet?

1. Rahmenbedingungen psychotherapeutischer Angebote und Indikationsstellung zur Psychotherapie

In der Versorgungspraxis beschränken sich psychotherapeutische Angebote für gender-nonkonforme Kinder und Jugendliche nicht auf die Richtlinienpsychotherapie, sondern umfassen ein breiteres Spektrum von Interventionen. Um entsprechend qualifizierte psychotherapeutische Angebote dennoch von anderen Angeboten *psychosozialer Beratung* für trans Personen zu differenzieren, definieren wir diese in den Ausführungen dieses Kapitels wie folgt:

Definition:

Unter *psychotherapeutischer Unterstützung* für Kinder und Jugendliche, die mit Anzeichen einer GI bzw. GD vorstellig werden, werden alle professionellen Versorgungsangebote verstanden, die von approbierten Fachpersonen mit ausgewiesener psychotherapeutischer Qualifikation mit dem Ziel des Erhalts oder der Verbesserung der seelischen Gesundheit erbracht werden.

Insbesondere sind damit auch niederfrequente psychiatrisch-psychotherapeutische Gesprächsangebote umfasst, die im Rahmen einer fachlichen Prozessbegleitung zur Unterstützung einer sozialen Transition und/oder zur Begleitung medizinischer Transitionsschritte von approbierten psychotherapeutisch qualifizierten Fachpersonen angeboten werden. Die *Indikation* für eine Psychotherapie im enger gefassten Sinne der Psychotherapierichtlinie begründet sich im Einzelfall aus bestehenden Symptomen, der damit verbundenen psychosozialen Beeinträchtigung, dem subjektiven Leidensdruck sowie dem Wunsch nach psychotherapeutischer Unterstützung. Da das Vorliegen einer Geschlechtsinkongruenz nach ICD-11 (World Health Organization, 2022) per se keine psychische Störung darstellt, sollte ggf. stets eine für die Therapieindikation leitende eigenständige Diagnose einer psychischen Störung gestellt werden, in der sich ggf. ein bestehender geschlechtsdysphorischer Leidenszustand mit abbilden lässt z.B. depressive Störung, Angststörung, soziale Phobie, F54[2] etc..

Dieses Vorgehen wird auch für die ausstehende Übergangszeit, während derer in der Versorgungspraxis noch Diagnosen nach ICD-10 (World Health Organization, 2019) codiert werden, empfohlen. Damit wird berücksichtigt, dass die Umstellung auf die ICD-11 in der Codierungspraxis voraussichtlich innerhalb der Gültigkeitsdauer dieser Leitlinie fallen wird. Dabei ist zu beachten, dass

[2] F54: psychologische Faktoren bei andernorts klassifizierten Erkrankungen

die Störungskonzepte obsolet sind, die den F64-Diagnosen der ICD-10 (so genannte „Störungen der Geschlechtsidentität“) zugrunde lagen.

Eine regelhafte *Verpflichtung* zur Psychotherapie für Behandlungssuchende z.B. als Vorbedingung für den Zugang zu körpermodifizierenden Maßnahmen zur Geschlechtsangleichung ist unethisch und ebenfalls obsolet. Die S3-Leitlinie der AWMF für das Erwachsenenalter gibt hierzu folgende konsensbasierte Empfehlung:

„Psychotherapie soll nicht ohne spezifische Indikation angewandt und keinesfalls als Voraussetzung für körpermodifizierende Behandlungen gesehen werden. Die Indikation ist nach den Vorgaben der Psychotherapierichtlinie zu stellen.“ (DGfS, 2018, S. 45).

In einer Stellungnahme verschiedener ärztlicher Fachgesellschaften und der Bundespsychotherapeutenkammer wird die Vorgabe der Begutachtungsanleitung des Medizinischen Dienstes zu einer Verpflichtung zur Psychotherapie als Voraussetzung geschlechtsangleichender operativer Maßnahmen wie folgt kommentiert: „Psychotherapeutische Maßnahmen obligatorisch, allgemein und a priori zu fordern setzt eine untherapeutische Grundhaltung voraus – derart forcierte Gespräche sind keine Psychotherapie. Psychotherapie stellt eine im individuellen Fall angemessene Maßnahme dar und setzt als im Kern emanzipatorischer Prozess die Bereitschaft und Freiwilligkeit voraus. Wer diese Voraussetzung von Psychotherapie verlässt, spricht behandlungssuchenden Personen mit GI/GD a priori die Fähigkeit zur reflexiven Selbsteinschätzung ab und schreibt den diskriminierenden Blick auf trans* Personen fort.“ (BPtK, 2021, „Psychotherapieverständnis“, Abs. 1).In der internationalen Leitlinie *Standards of Care, Version 8* der World Professional Association for Transgender Health (2022) wird hierzu folgende Empfehlung formuliert:

„Wir empfehlen Angehörigen der Gesundheitsberufe für trans und gender-nonkonforme Personen vor der Einleitung einer geschlechtsangleichenden Behandlung nicht zwingend eine Psychotherapie vorzuschreiben. Dabei wird anerkannt, dass Psychotherapie für einige trans und gender-nonkonforme Personen hilfreich sein kann.“ (S. 177[3]).

[3] Eigene Fachübersetzung durch die Autor*innen der Leitlinie

Konsensbasierte Empfehlung (aus Präambel der Leitlinie):

V.K1.	Psychotherapeutische Unterstützung soll Behandlungssuchenden als Unterstützung und Begleitung z.B. zur ergebnisoffenen Selbstfindung, zur Stärkung des Selbstvertrauens, zur Bewältigung von Diskriminierungserfahrungen oder zur psychischen Vor- und Nachbereitung von Schritten im Prozess einer Transition niedrigschwellig angeboten und verfügbar gemacht werden. Eine Verpflichtung zu Psychotherapie als Bedingung für den Zugang zu körpermodifizierender Behandlung ist aus Gründen des Respekts vor der Würde und Selbstbestimmung der Person ethisch nicht gerechtfertigt.

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN):

Die DGPPN spricht sich für die Streichung des Hinweises aus, dass es aus ethischen Gründen des Respekts vor der Würde und aus und Selbstbestimmung keine Verpflichtung zur Psychotherapie geben solle und schlägt folgende abgeänderte Formulierung vor:

Psychotherapeutische Unterstützung soll Behandlungssuchenden als Unterstützung und Begleitung z.B. zur ergebnisoffenen Selbstfindung, zur Stärkung des Selbstvertrauens, zur Bewältigung von Diskriminierungserfahrungen oder zur psychischen Vor- und Nachbereitung von Schritten im Prozess einer Transition niedrigschwellig angeboten und verfügbar gemacht werden, **sowie zur Behandlung komorbider psychischer Störungen**. Eine generelle Verpflichtung zu Psychotherapie als Bedingung für den Zugang zu körpermodifizierender Behandlung ist nicht notwendig.

Begründung siehe Anhang (bzw. *hier*).

Bei der fachlichen Begleitung von Selbstfindungs- und Transitionsprozessen von Kindern und Jugendlichen mit GI bzw. GD gibt es einige spezifische Aspekte, die je nach Einzelfall aufgrund eines erhöhten psychischen Gesundheitsrisikos ein Angebot psychotherapeutischer Unterstützung bei entsprechendem Wunsch begründen können:

- Bei einer fortschreitenden Pubertätsentwicklung kann durch irreversible Körperveränderungen und dadurch exazerbierenden geschlechtsdysphorischen Leidensdruck ein Zeitdruck für Behandlungsentscheidungen zu körpermodifizierenden Interventionen entstehen. Für deren psychische Vorbereitung und medizinische Indikationsstellung können psychotherapeutisch begleitete Klärungsprozesse notwendig sein (z.B. bei noch offen bzw. fluide erscheinenden

Identitätsfindungsprozessen in der Adoleszenz oder zur Unterstützung der Entwicklung einer hinreichenden Einwilligungsfähigkeit).

- Die psychische Gesundheitsprognose bei GI bzw. GD hängt entscheidend von der Erfahrung emotionaler Unterstützung durch die Familie ab. Wenn die GI eines Kindes zu Konflikten in der Eltern-Kind-Beziehung führt, ist dies für Betroffene nachhaltig belastend, dies kann psychotherapeutische Unterstützung notwendig machen.
- Die psychische Gesundheitsprognose hängt entscheidend von der Erfahrung sozialer Unterstützung und Akzeptanz im Lebensumfeld ab, wofür meist auch ein selbstbewusstes soziales Outing („Sich nicht mehr verstecken“) erforderlich ist, für dessen gelingende Vorbereitung oft psychotherapeutische Unterstützung benötigt wird.
- Als Angehörige einer geschlechtlichen Minderheit erleben Menschen mit GI in ihrem Lebensumfeld gehäuft sog. Minoritätenstress in Verbindung mit Diskriminierungserfahrungen (siehe Kapitel IX → „*Professionelle Interaktion & diskriminierungssensibler Umgang mit gender-nonkonformen Kindern und Jugendlichen*“), die ein erhöhtes Risiko psychischer Gesundheitsprobleme bedingen und für deren Bewältigung oft psychotherapeutische Unterstützung nötig ist
- Eine soziale Transition in Verbindung mit ggf. körpermodifizierenden Interventionen im Jugendalter vollzieht sich über Jahre in mehreren Schritten. Diese müssen in Interaktion mit dem sozialen Umfeld jeweils psychisch vorbereitet und verarbeitet werden, um in die psychosexuelle und psychosoziale Identitätsentwicklung integriert werden zu können. Dies kann mit psychotherapeutischer Unterstützung oft besser gelingen. Ein Gelingen dieser psychischen Integration wiederum erscheint geeignet, das Risiko eines späteren Störempfindens zu mindern („Ein Teil von mir fehlt irgendwie“), wie es manchmal bei späteren Detransitionswünschen erwachsener trans Personen berichtet wird (Littman, 2021; Vandenbussche, 2021).
- Es erscheint sinnvoll, Stabilität und Kohärenz des eigenen geschlechtlichen Empfindens zu fördern, insbesondere bei Unsicherheit im Spannungsfeld zwischen innerer Überzeugung und der Lebbarkeit im sozialen Kontext von Beziehungen.

Günther, Teren & Wolf (2021) führen hierzu aus: „Aus einem gendervarianten oder trans*geschlechtlichen Erleben von Kindern und Jugendlichen allein lässt sich kein Bedarf nach Psychotherapie ableiten. Für die Unterstützung bei der Bewältigung spezifischer Herausforderungen, vor denen diese Kinder und Jugendlichen in familiären, schulischen und anderen sozialen Kontexten stehen, kann eine Psychotherapie [in o.g. erweiterten Sinne] jedoch sinnvoll sein“ (S.254).

Zu dieser Form unterstützender entwicklungsorientierter Prozessbegleitung, die auch psychoedukative Elemente enthalten kann, führt Dietrich (2021) aus:

„In der psychotherapeutischen Begleitung von Transitionen im Jugendalter ist zudem eine prozessorientierte und auf die individuellen und wechselnden Bedarfe der Behandlungssuchenden eingehende Vorgehensweise geboten. […] wir können […] keinen strikten Behandlungsplan, kein festgelegtes Ziel vorgeben, sondern müssen dies mit dem Jugendlichen gemeinsam erarbeiten. So sollte der Jugendliche gründlich und umfassend über alle Schritte informiert sein […] Solch ein Vorgehen bedeutet auch, dass die Therapeut*innen in der Lage sind, die Prozesshaftigkeit der Entwicklung als solche zu akzeptieren.“ (S. 19-20).

Wie die oben genannten *spezifischen Aspekte*, die bei einer psychotherapeutischen Begleitung von Kindern und Jugendlichen mit GI bzw. GD relevant sein können aufzugreifen und in psychotherapeutischen Interventionen umzusetzen sind, darüber gibt es in der einschlägigen Fachliteratur jenseits der unspezifischen Empfehlung für psychotherapeutische Unterstützung nur spärliche Hinweise. Evidenzbasierte Empfehlungen gibt es hierzu bislang nicht. Die Vorgehensweise im Einzelfall ist demnach individualisiert und bedarfsorientiert mit der behandlungssuchenden Person zu entwickeln und zu gestalten. Für diese Leitlinie haben wir auf der Basis einer umfassenden Sichtung bisheriger Leitlinienempfehlungen, Studienergebnisse und sonstiger einschlägiger Literatur einige wichtige Aspekte für die Anwendung und Gestaltung psychotherapeutischer Interventionen im Sinne eines aktuellen *State of the Art* extrahiert, der psychotherapeutischen Fachpersonen zur Orientierung und Anregung dienen kann. Da sich bislang aus der gesamten wissenschaftlichen Literatur keine spezifischen Empfehlungen für konkrete Interventionen oder Therapieverfahren bzw -methoden ableiten lassen, konzentrieren wir uns in den folgenden Abschnitten auf wichtige Aspekte einer *psychotherapeutischen Haltung* sowie auf in diesem Feld relevante *definierbare Ziele* psychotherapeutischer Interventionen.

Konsensbasierte Empfehlung:

V.K2.	Wenn gender-nonkonforme Jugendliche psychotherapeutische Unterstützung suchen, sollen sich Format (Setting, Frequenz etc.) und Ziele am individuellen Bedarf orientieren. Ziele sollen transparent zwischen psychotherapeutischer Fachperson und behandlungssuchender Person besprochen und einvernehmlich abgestimmt werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

2. Exkurs: Historische Entwicklung psychotherapeutischer Grundhaltungen und Konzepte:

In verschiedenen narrativen Übersichtsarbeiten werden aus früheren Jahrzehnten drei zum Teil konträre Konzepte bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit einer Geschlechtsdysphorie beschrieben, denen jeweils eine spezifisch definierte Haltung zugrunde lag. (Korte et al., 2016; Leibowitz & Telingator, 2012; Menvielle & Gomez-Lobo, 2011; J. Olson et al., 2011; Spivey & Edwards-Leeper, 2019; Vance et al., 2014). Diese drei Konzepte bilden eine historische Entwicklung prototypischer *Reinformen* ab, denen verschiedene theoretische Annahmen zugrunde lagen, auf deren Basis die jeweilige Haltung begründet wurde:

1. Das *Live in your own skin – Modell* von Zucker et al. (2012).

   In diesem Modell wurde von der Annahme eines noch formbaren *gender brain* bei Kindern ausgegangen. mit dem Hauptziel, dass das Kind noch lernen könne, sein Geburtsgeschlecht zu akzeptieren, um sich auch selbst vor späterer Stigmatisierung und Ablehnung schützen zu können. Das Psychotherapieangebot richtete sich deswegen an die Eltern und das Kind mit den Empfehlungen zur Wegnahme und dem Ersetzen von geschlechtstypischem Spielzeug, einem Verändern der Auswahl von Spielkamerad*innen, sowie einem verstärkten Kontakt zwischen dem Elternteil des gleichen Geschlechts. Verbunden war damit die Reduktion des Kontakts zum anderen Elternteil. Dieses Modell gilt sowohl in Bezug auf seine ätiologischen Annahmen als auch auf seine empfohlenen Therapieziele und Interventionen als historisch überholt und obsolet. Ein entsprechendes Vorgehen von Behandelnden würde aus heutiger Sicht nicht nur als unethisch gelten, sondern wäre, wenn es mit der Intention angewandt würde, das Zugehörigkeitsempfinden eines Kindes zu einem Geschlecht in eine definierte Richtung zu verändern, in Deutschland sogar strafbar[4].
2. Das *Watchful waiting – Modell* wurde vom niederländischen Team um Cohen-Kettenis (1994) entwickelt. Im Kern sah dieses Modell eine hinreichend lange Phase der Begleitung eines Kindes oder Jugendlichen vor, während der erklärtermaßen eine *ergebnisoffene Selbstexploration* im Hinblick auf die Geschlechtsidentität unterstützt werden sollte. Dabei sollte das Kind ermutigt werden, sich auszuprobieren, um den mit seinem inneren Identitätserleben stimmigsten eigenen Weg für sich herauszufinden. In diesem Konzept wurde empfohlen, dass Kinder, die bereits vor der Pubertät eine GI zeigten, zumindest die Anfänge der Pubertät miterleben sollten, um unter

[4] Das 2020 vom Bundestag und Bundesrat verabschiedete „Gesetz zum Verbot von Konversionsbehandlungen“ verbietet u.a. alle therapeutischen Angebote an unter 18-jährige Personen, die „auf die Veränderung oder Unterdrückung der sexuellen Orientierung oder der selbstempfundenen geschlechtlichen Identität gerichtet sind“ (§1, BGBl. I S. 1285)

dem Eindruck einer begonnenen Pubertätsentwicklung dann für sich herauszufinden, wie sich das Identitätserleben entwickelt, d.h. ob die GI im Sinne einer sich stabil verfestigenden trans Identität persistiert oder nicht. Dies sei eine Art *Beobachten über die Zeit hinweg* verbunden mit dem Rat, dass das Kind sich gegenüber der Außenwelt noch nicht in allen Lebensfeldern auf eine Geschlechtsrolle festlegt. Das Psychotherapieangebot sah dabei vor, auch sichere Nischen im privaten Raum des Kindes zu schaffen, in denen das Kind trans-geschlechtliches Rollenverhalten partiell ausleben könne. Die diesem Ansatz innewohnende Empfehlung, eine möglicherweise verfrühte *Festlegung* auf eine trans-geschlechtliche Rollenidentifikation insbesondere im Kindesalter zu vermeiden, war getragen von der Annahme, dass eine spätere Rückkehr in die bei Geburt zugewiesene soziale Geschlechtsrolle (*Retransition*) im Falle einer späteren Desistenz der GI psychisch möglicherweise nur schwer bewältigt werden könne. Für diese Annahme gibt es jedoch keine empirische Evidenz, sondern nur Berichte entsprechender klinischer Beobachtungen in wenigen Einzelfällen aus früheren Jahrzehnten, in denen eine solche Retransition im Jugendalter mit psychopathologischen Auffälligkeiten einherging (Steensma et al., 2013). Bei diesen berichteten Fällen blieb jedoch unklar, welche familiären oder sozialen Begleitfaktoren hierzu beigetragen haben könnten. Mittlerweile liegen Verlaufsstudien mit größeren Fallzahlen zu Kindern vor, die vor ihrer Pubertät bereits einen vollständigen sozialen Rollenwechsel vollzogen haben (siehe Kapitel III → *„Sozialer Rollenwechsel im Kindesalter"*). Ihre Ergebnisse – auch zu den Verläufen mit einer Retransition – sprechen gegen diese grundsätzlichen Bedenken gegenüber sozialen Transitionen im Kindesalter (Olson et al., 2022).

3. Beim so genannten *gender affirmative model,* das auch verschiedene psychosoziale Interventionen mit einschließt, wird empfohlen, ein Kind in dem von ihm selbst bekundeten geschlechtlichen Zugehörigkeitsempfinden zu validieren und ihm mit einer bejahenden Haltung zu begegnen (Ehrensaft, 2017; J. Olson et al., 2011; Spivey & Edwards-Leeper, 2019). Bei entsprechendem Wunsch werden Kind und Eltern ggf. auch vor der Pubertät darin unterstützt, eine soziale Transition des Kindes in allen Lebensfeldern einschließlich Kita und Schule zu vollziehen. Hervorgehoben wird bei diesem Modell die Individualisierung bei der Betreuung und die Vermeidung starrer Therapiemuster.

Je nach individueller klinischer Situation auf dem Weg zur Selbstfindung bis zur Begleitung eines sozialen Outings beziehen sich die meisten aktuellen Empfehlungen und Ansätze implizit oder explizit auf Aspekte des *Watchful Waiting*- sowie des *Gender-affirmative*- Therapiemodells.

Eine Ausnahme bei der Bewertung der erwähnten Psychotherapiemodelle stellt die Auffassung von Korte et al. (2016) dar. Die Autoren halten den affirmativen Ansatz für ungünstig, weil er angeblich

von empirisch nicht belegten Grundannahmen ausgehe und die Identitätskonflikte Betroffener eher verfestige als lösen helfe. Hieraus resultiere, dass bei einer verfrühten Unterstützung einer sozialen Transition eine spätere Rückkehr zum *Ursprungsgeschlecht* möglicherweise durch eine jahrelange erfahrene affirmative Validierung der Transition erschwert werde. Erfahrungen aus therapeutisch begleiteten Verläufen werden von den Autor*innen hierzu nicht berichtet. In der Literatur findet sich lediglich in den Persistenz-/Desistenz-Studien von Steensma et al. (2011 & 2013) ein Hinweis auf zwei Einzelfälle von geburtsgeschlechtlichen Mädchen, die als Kinder vor ihrer Pubertät bereits (teilweise) in die Rolle eines Jungen gewechselt waren, bei denen im Zuge einer Desistenz der Geschlechtsdysphorie im Jugendalter erhebliche Schwierigkeiten bei der Rückkehr in die geburtsgeschlechtliche Rolle berichtet wurden. Zu sonstigen Begleitumständen wie z.B. psychotherapeutischer Begleitung werden keine näheren Angaben gemacht (Steensma et al., 2011; siehe Kapitel II → „*Sozialer Rollenwechsel im Kindesalter*“).

4. Beobachtungsstudien zu psychotherapeutischen Interventionen

Bei den bisher wenigen Beobachtungsstudien zu psychotherapeutischen Interventionen mit geschlechtsdysphorischen Kindern und Jugendlichen sind die Fallzahlen meist gering, was deren Aussagewert relativiert, außerdem gibt es eine große Varianz hinsichtlich der Outcomeparameter. Austin et al. (2018) begleiteten acht Personen zwischen 16 und 18 Jahren, indem sie diese durch Bewältigungsstrategien bei Ablehnung und Mobbing unterstützen. Im Ergebnis konnten die Depressionswerte verringert werden. Die bisherigen Copingstrategien blieben jedoch unverändert.

Di Ceglie und Thümmel (2006) berichten im Rahmen einer Querschnittsstudie über die Arbeit mit zehn Eltern von trans Kindern mit sechs thematischen Sitzungen. Die Eltern fühlten sich danach weniger isoliert, entdeckten Gemeinsamkeiten mit anderen Eltern, schätzten den Kontakt zu den Spezialist*innen und auch die Kinder profitierten von der Arbeit mit den Eltern.

Die Untersuchung von sozialer Unterstützung stand im Mittelpunkt der Studie von Levitan et al. (2019). Bei 146 trans Jungen und 34 trans Mädchen konnte gezeigt werden, dass die soziale Transition deutlich besser verläuft, wenn die Kinder mit ihren Problemen nicht allein gelassen werden, sondern ausreichende soziale Unterstützung durch Eltern, andere Bezugspersonen und Spezialist*innen erfahren.

In der einer Evaluationsstudie von Menvielle (2012) zu einer Gruppenintervention für Familien wurde berichtet, dass der moderierte Austausch unter Eltern (42 Elternteile bei 31 trans Kindern) im Gruppensetting vor Ort und über eine Internetplattform das Gefühl sozialer Ausgrenzung überwinden half. Die Kinder gaben an, sich mithilfe der Intervention mehr mit Fragen ihrer zukünftigen aktiven Lebensgestaltung zu befassen (*Empowerment*).

Eine prä-post-Studie zu offenen Gruppen für Jugendliche ab 15 Jahren mit einer Geschlechtsdysphorie kam zu folgenden Ergebnissen (Davidson et al., 2019): Der offen geäußerte Wunsch nach einer Transition war nach dieser Intervention stärker bzw. häufiger als vorher. Die Befragten berichteten nach den Gruppengesprächen von mehr sozialer Unterstützung und weniger sozialer Isolation. Ablehnungen und negative Beurteilungen erfuhren sie nach wie vor, konnten damit aber besser umgehen. Dies unterstreiche den psychotherapeutischen Nutzen einer affirmativen Gruppenerfahrung im Sinne eines Empowerments.

5. Professionelle Haltung bei der psychotherapeutischen Begleitung gender-nonkonformer, geschlechtsinkongruenter und geschlechtsdysphorischer Jugendliche

In den folgenden Abschnitten werden aus bisherigen Leitlinien, sowie aus aktuellen Beiträgen einzelner Autor*innen einige wichtige Aspekte einer angemessenen therapeutischen Haltung in kondensierter Form dargestellt, wie sie für psychotherapeutische Prozessbegleitungen in diesem Feld diskutiert und empfohlen werden. Diese Aspekte sollen Anwendenden der Leitlinie zur Orientierung dienen und zur stetig weiterführenden Reflexion der eigenen Haltung anregen. Auf konsensbasierte konkrete Empfehlungen zur therapeutischen Grundhaltung haben wir verzichtet, da diese letztlich in der reflektierten Eigenverantwortung jeder psychotherapeutischen Fachperson liegt und nicht durch eine Leitlinie reglementiert werden kann und sollte.

5.1. Nicht-binäres Verständnis von Geschlechtlichkeit

Als wichtige Voraussetzung für eine angemessene professionelle Grundhaltung gegenüber trans Personen wird angesehen, dass professionell Helfende ein reflektiertes theoretisches Verständnis der Entwicklung geschlechtlicher Identitäten haben. Dieses sollte nicht in überholten Annahmen einer ausschließlich binären Zweigeschlechtlichkeit sowie nicht in cis- und heteronormativen Vorstellungen verhaftet sein, sondern auch non-binäre sowie im Verlauf des Lebens fluide Geschlechtsidentitäten anerkennen (Ehrensaft, 2016; Quindeau, 2014a, 2014b).

In der S3-Leitline *Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans*gesundheit* für das Erwachsenenalter wird hierzu im erläuternden Fließtext ausgeführt (DGfS, 2018, S.16):

„Zu den [von Behandelnden] infrage zu stellenden Annahmen gehört z. B., dass das eigene Geschlecht dauerhaft den körperlichen Geschlechtsmerkmalen entspricht und die Geschlechtsidentität im Laufe einer Biographie unveränderlich ist. So kann die Begegnung mit trans Personen die Behandelnden mit der eigenen geschlechtlichen Identität, der geschlechtsbezogenen Entwicklung und den Rollenvorstellungen sowie mit Konflikten zwischen Akzeptanz und Nichtakzeptanz des eigenen Körpers konfrontieren. Unreflektiert kann eine solche Konfrontation zu

Abwehr und zu Vermeidung sowie zu einer projektiven Psychopathologisierung führen, die den Aufbau einer tragfähigen Beziehung gefährden kann (Güldenring, 2015).“

In den *Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming (TGNC) People* der American Psychological Association (2015) heißt es hierzu im ersten von 16 fachlichen Statements:

„Psycholog*innen verstehen die Geschlechtszugehörigkeit als nicht-binäres Konstrukt, das eine Spannbreite geschlechtlicher Identitäten erlaubt und sind der Auffassung, dass die Geschlechtsidentität eines Menschen nicht mit dem bei Geburt zugeschriebenen biologischen Geschlecht übereinstimmen muss“ (zit. Übersetzung nach DGfS, 2018, S. 37).

In den monografischen Praxishandbüchern zu Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter von Dietrich (2021) und Meyenburg (2020), werden hierzu folgende Empfehlungen formuliert:

- „Es gilt, die trügerische Vorstellung von der Möglichkeit einer eindeutigen geschlechtlichen Zuordnung aufzugeben, die dem System einer hetero- und cisnormativen Zweigeschlechtlichkeit verpflichtet ist. Diese Vorstellung bildet die Lebenswirklichkeit der uns begegnenden Menschen und auch die Lebenswirklichkeit der Behandler*innen nicht ab“ (Dietrich, 2021, S. 64). Und weiter: „Nur wenn wir das Konzept eines ergebnisoffenen Vorgehens ernst nehmen und das Wandelbare der menschlichen Identität und auch des Geschlechtsidentitätserlebens als Therapeut*innen anerkennen, können wir schon zu Beginn der Begleitung verbal wie nonverbal signalisieren, dass all das, was die hilfesuchende Person empfindet, seinen Platz in der Therapie haben soll.“ (Dietrich, 2021, S. 65).
- „Behandler*innen sollten keine binäre Sichtweise von Geschlecht äußern. Sie sollten großen Freiraum geben, um unterschiedliche Möglichkeiten von Geschlechtsexpression ausloten zu können.“ (Meyenburg, 2020, S. 12).

5.2. Akzeptierende und verlaufsoffene Grundhaltung

Zu einer trans-sensitiven Grundhaltung ist ein bedingungsloses Akzeptieren von trans Sein als gleichberechtigte und nicht pathologische Variante geschlechtlicher Diversität eine elementare Voraussetzung (Wiesendanger, 2002). Für eine therapeutische Beziehungsgestaltung ist daher eine vorbehaltlos annehmende Haltung gegenüber dem jeweils geäußerten aktuellen geschlechtsbezogenen Zugehörigkeitsempfinden eine wichtige Voraussetzung. Eine dabei (möglicherweise) entstehende Verwirrung und Ungewissheit („trans oder nicht trans?“) gilt es ggf. in der therapeutischen Beziehung auszuhalten“ (Romer & Möller, 2020). Empfohlen wird, insbesondere vom ersten Gesprächskontakt an, bei der persönlichen Anrede Vornamen und Pronomina

entsprechend dem Wunsch und der Selbstzuschreibung der behandlungssuchenden Person zu verwenden und dies bei Gesprächsbeginn zu klären („Wie möchtest Du in unserem Gespräch von mir angesprochen werden?“).

Unabhängig von jeweils zu formulierenden Therapiezielen (s.u. nächster Abschnitt), die sich am individuellen Bedarf Behandlungssuchender orientieren und daher bezüglich einer *konkreten Unterstützung einzelner Transitionsschritte* sehr unterschiedlich zu gestalten sind (abwartend bis ermutigend), je nachdem, wo die einzelne Person im Prozess aktuell steht, gehört zu einer transsensitiven professionellen Haltung eine affirmative Grundhaltung. Diese sollte von der zuvor beschriebenen unvoreingenommenen und bedingungslosen Akzeptanz geschlechts-nonkonformer Identitäten getragen sein und jede behandlungssuchende Person zur offenen und angstfreien Selbstexploration in lebendiger Interaktion mit sozialer Rollenerprobung ermutigen. Zu einer solchen Selbstexploration gehört auch der Raum für die Benennung und Reflektion von Unsicherheiten und Zweifeln auf Seiten der behandlungssuchenden Person. Dabei sind reale oder zu erwartende Widrigkeiten im gesellschaftlichen und institutionellen Umfeld anzuerkennen, denen Kinder und Jugendliche ausgesetzt sein können, die sich gender-nonkonform erproben wollen, sich als trans outen oder ggf. eine soziale Transition wünschen. Ebenso anzuerkennen ist der sich daraus ergebende spezifische Bedarf an sozialer und fachlicher Unterstützung. Beim Einnehmen einer solchermaßen affirmativen Grundhaltung sind gleichzeitig die Grundregeln therapeutischer Abstinenz zu wahren, um z.B. einer behandlungssuchenden Person nicht das Gefühl zu vermitteln, die Therapeut*in zu erfreuen oder zu enttäuschen, wenn z.B. ein bestimmter Schritt einer Transition angegangen oder (noch) nicht angegangen wird.

Diese akzeptierende, affirmative und verlaufsoffene Grundhaltung im Kontext der Sorgfaltspflichten eines Heilberufs steht nicht im Widerspruch zur für professionell Helfende unabdingbaren Kenntnis einer großen Variationsbreite von Entwicklungsverläufen in Kindheit und Jugend (siehe Kapitel II → „*Variante Entwicklungsverläufe*“), zu denen insbesondere fluide Verläufe der Identitätsfindung im Jugendalter gehören können. Nicht alle Jugendlichen, die sich einem Spektrum *queerer* Ausdrucksformen von Geschlechtsdiversität zugehörig fühlen und dabei als *trans* bezeichnen, entwickeln eine dauerhaft persistierende Geschlechtsinkongruenz.

Rauchfleisch (2021) hat hierzu formuliert: „Wir müssen den Kindern und Jugendlichen klar machen, dass das Coming Out viel Kraft erfordert und es deshalb wichtig für uns ist, genau über ihren Gesundheitszustand informiert zu sein, damit wir mit ihnen an der Stabilisierung ihrer Persönlichkeit arbeiten können und sie dadurch fähig werden, ihre Transition erfolgreich zu gestalten (S. 192).“

In den *Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People* (APA, 2015) sind hierzu folgende fachlichen Statements relevant:

„4. Psycholog*innen sind sich darüber bewusst, wie ihre Haltung und ihr Wissen bezüglich der Geschlechtsidentität und der geschlechtlichen Ausdrucksweise möglicherweise die Qualität der Betreuung beeinflusst, welche sie TGNC Klient*innen und ihren Familien anbieten.

6. Psycholog*innen versuchen den Einfluss institutioneller Barrieren im Leben von TGNC Klient*innen zu erkennen und die Entwicklung eines TGNC-freundlichen Umfeldes zu unterstützen.

7. Psycholog*innen sind der Auffassung, dass ein Bedarf zur Förderung eines sozialen Wandels besteht, um negative Folgen von Stigmatisierung auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der TGNC Klient*innen zu reduzieren. […]

8. Psycholog*innen, die mit geschlechtshinterfragenden und TGNC-Jugendlichen arbeiten, verstehen die unterschiedlichen Entwicklungsbedürfnisse von Kindern und Jugendlichen und die Tatsache, dass nicht alle Jugendlichen im Erwachsenenalter an ihrer TGNC-Identität festhalten.

11. Psycholog*innen sind der Ansicht, dass TGNC-Klient*innen eher positive Lebenserfolge erzielen, wenn sie soziale Unterstützung oder trans-affirmative Betreuung erhalten.“ (zit. Übersetzung nach DGfS, 2018, S.38)

5.3. Ablehnung reparativer Therapieziele und Strafbarkeit von Konversionsmaßnahmen

„Behandlungsmethoden, die ausgehend von der Annahme einer psychopathologischen Fehlentwicklung darauf abzielten, die Geschlechtsidentität und geschlechtstypisches Verhalten so zu verändern, dass sie in besserer Übereinstimmung mit dem bei Geburt zugewiesenen Geschlechts stehen, sind ohne Erfolg versucht worden. Solche Behandlungsmethoden werden heute als ethisch nicht vertretbar angesehen“ (Meyenburg, 2020, S. 12). In Deutschland sind Therapieversuche bei Minderjährigen mit einer solchen *reparativen* Intention (sog. Konversionsbehandlungen zur Veränderung der sexuellen Orientierung oder der geschlechtlichen Identität) seit 2020 zudem strafbar (Gesetz zum Schutz vor Konversionsbehandlungen, BGBl. I, S. 1285). Daher bedarf es hierzu keiner eigens konsensbasierten Empfehlung in dieser Leitlinie.

5.4. Kenntnis bzw. Erfragen von trans-spezifischen Erfahrungen

Für ein empathisches Verstehen individueller Erfahrungen von trans Personen ist es wichtig, trans-spezifische Lebensrealitäten und Sozialisationen gezielt zu erfragen (Günther et al., 2021). Hierzu gehören u.a.

- Erfahrungen mit Minoritätenstress und Diskriminierung (siehe Kapitel IX → *„Professionelle Interaktion und diskriminierungssensibler Umgang mit gender-nonkonformen Kindern und Jugendlichen*“),
- die evtl. hiermit verbundene Verarbeitung und Bewältigung internalisierter transnegativer Anteile im Selbstbezug Betroffener (Günther et al., 2021),
- subjektive Zusammenhänge zwischen sexueller Orientierung und geschlechtlicher Identität,
- spezifische Auswirkungen des trans Seins auf romantische und sexuelle Beziehungen,
- Überschneidungen gender-nonkonformer Identität mit anderen kulturell geprägten Identitäten im subjektiven Erleben Betroffener.

In den *Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People* (APA, 2015) werden hierzu folgende fünf von 16 fachlichen Statements formuliert:

„2. Psycholog*innen begreifen Geschlechtsidentität und sexuelle Orientierung als verschiedene, aber zusammenhängende Konstrukte.

3. Psycholog*innen versuchen nachzuvollziehen, inwiefern sich Geschlechtsidentität mit anderen kulturellen Identitäten transgeschlechtlicher oder geschlechtlich nonkonformer Menschen überschneidet.

5. Psycholog*innen erkennen, inwiefern Stigma, Vorurteile, Diskriminierung und Gewalt die Gesundheit und das Wohlbefinden der TGNC Klient*innen beeinflusst. […]

12. Psycholog*innen bemühen sich darum, die Effekte zu verstehen, die Veränderungen in der Geschlechtsidentität und der geschlechtlichen Ausdrucksweise hinsichtlich romantischer und sexueller Beziehung von TGNC-Klient*innen mit sich bringen.“ (zit. Übersetzung nach DGfS, 2018, S.37-38)

5.5. Reflexion der therapeutischen Rolle und Selbsterfahrung

Für die Gestaltung einer psychotherapeutischen Beziehung ist es wichtig, über Aspekte eines möglichen Macht- und Abhängigkeitsgefälles kritisch und offen zu reflektieren. Ein reales diesbezügliches Gefälle entsteht beispielsweise insbesondere dann, wenn psychotherapeutisch Behandelnde in Personalunion selbst Indikationen und Gutachten für körpermodifizierende Interventionen erstellen und damit formal eine fachliche *Gatekeeping-Funktion* für den Zugang zu medizinischen Transitionsbehandlungen übernehmen. Ein solches, strukturelles Machtgefälle entsteht unabhängig davon, wie akzeptierend und respektvoll diese Funktion ausgefüllt wird. Für psychotherapeutisch Behandelnde gilt es hierbei, die in die gegenwärtige Versorgungsrealität weit

hineinreichende Vorgeschichte eines gegenüber trans Personen restriktiven Gesundheits- und Rechtssystems anzuerkennen. Hierzu gehörte u.a., dass sich trans Personen für die legale Anerkennung ihrer Geschlechtsidentität nach dem bis Oktober 2024 noch gültigen Transsexuellengesetz (TSG) von zwei unabhängigen psychologischen oder psychiatrischen Sachverständigen ausführlich begutachten lassen mussten, damit ihre trans Identität von einem Gericht anerkannt wurde. Des weiteren fordert z.B. die in 2020 veröffentlichte Begutachtungsrichtlinie des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenkassen (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., 2020), deren Autor*innenschaft und damit verbundene wissenschaftliche Legitimation intransparent ist, als Voraussetzung für die Kostenübernahme einer leitliniengerecht indizierten geschlechtsangleichenden Operation durch die GKV, dass die behandlungssuchende trans Person zuvor eine Richtlinienpsychotherapie absolviert haben muss – zum Nachweis, dass dieser *Behandlungsversuch* zur Linderung einer bestehenden Geschlechtsdysphorie *ausgeschöpft* sei. Diese Maßgabe des MDS steht damit im offenen Widerspruch zur zwei Jahre zuvor (!) veröffentlichten aktuellen S3-Leitlinie der AWMF *Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans*Gesundheit* für das Erwachsenenalter (DGfS, 2018). Die daran beteiligten Fachgesellschaften haben auf der Basis des anerkannten wissenschaftlichen Erkenntnisstandes ausdrücklich festgestellt, dass die Anforderung einer verpflichtenden Psychotherapie als Voraussetzung für den Zugang zu operativen geschlechtsangleichenden Maßnahmen „weder mit dem aktuellen Fachwissen noch mit berufsethischen Grundsätzen vereinbar“ ist (BPtK, 2021, S. 7).

Diese skizzierte Historie der Instrumentalisierung von Psychotherapie als restriktive Hürde gegenüber trans Personen im Gesundheitswesen kann auch bei einer partizipativen Beziehungsgestaltung auf Augenhöhe im Sinne latenter beidseitiger Erwartungen und Rollenzuschreibungen ein subjektiv empfundenes Machtgefälle in der psychotherapeutischen Beziehung bedingen. Über dieses gilt es achtsam und kritisch zu reflektieren.

Des Weiteren wird für die Selbstreflexion psychotherapeutisch Behandelnder zur Vermeidung latenter Abwehrhaltungen gegenüber gender-nonkonformen Ausdrucks- und Lebensformen empfohlen, dass diese sich im Rahmen ihrer professionellen Selbsterfahrung kritisch mit verschiedenen Aspekten ihrer eigenen Geschlechtlichkeit und deren Entwicklung auseinandergesetzt haben.

Die S3-Leitlinie der AWMF *Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans*Gesundheit* für das Erwachsenenalter (DGfS, 2018) gibt hierzu folgende konsensusbasierte Empfehlung:

„Behandelnde sollten ihre eigene geschlechtsbezogene Entwicklung und ihr Verhältnis zu den körperlichen Geschlechtsmerkmalen nach Möglichkeit im Rahmen von Selbsterfahrung kritisch reflektiert haben**.** Die Selbstreflexion sollte den Umgang mit der Verwirrung einschließen, die der Widerspruch zwischen eigener Wahrnehmung und Selbstdarstellung bzw. Selbstbeschreibung der Behandlungssuchenden hinsichtlich des Geschlechts auslösen kann.“ (S.16)

6. Aufgaben und Zielsetzungen psychotherapeutischer Interventionen bei gender-nonkonformen, geschlechtsinkongruenten und geschlechtsdysphorischen Jugendlichen

In Anlehnung an die S3-Leitlinie *Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit* für das Erwachsenenalter (DGfS, 2018) sowie an die *Standards of Care 8* der WPATH (Coleman et al., 2022) werden zusammenfassend zur Orientierung folgende möglichen Ziele psychotherapeutischer Interventionen bei gender-nonkonformen Jugendlichen sowie Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie aufgelistet, die bei einer am jeweiligen Bedarf des Einzelfalles zu orientierenden Interventionsplanung in Erwägung zu ziehen sind:

Mögliche Ziele und zu bearbeitende Themen in der psychotherapeutischen Begleitung gender-nonkonformer[5], geschlechtsinkongruenter und geschlechtsdysphorischer Jugendlicher:

- Unterstützung bei Selbstexploration und Identitätsfindung
- Förderung von Selbstakzeptanz, Selbstwertgefühl und Selbstsicherheit
- Bewältigung von Scham- und Schuldgefühlen sowie von internalisierter Transnegativität
- Unterstützung des Coming-Out-Prozesses
- Unterstützung innerfamiliärer Verständigung bei familiären Akzeptanz-Problemen
- Unterstützung bei sozialen Rollenerprobungen und Reflexion über damit gemachte Erfahrungen
- Bearbeitung aversiver Erfahrungen mit Diskriminierung und Transfeindlichkeit
- Gesprächsangebot zu Liebe, Partner*innenschaft und Sexualität
- Gesprächsangebot zu Körperbild und Körperbezug

[5] Der Begriff gender-nonkonform wird hier als Oberbegriff verwendet, auch wenn Jugendliche umfasst werden sollen, bei denen die Diagnose einer anhaltenden/persistierenden GI (noch) nicht gestellt wurde, d.h. die Frage der Geschlechtsidentität als noch verlaufsoffen eingeschätzt wird.

-	Unterstützung bei der Vorbereitung von Entscheidungen über körpermodifizierende Behandlungen (einschließlich Erlangung vollumfänglicher Einwilligungsfähigkeit)
-	Unterstützung bei der psychosexuellen Integration von Körperveränderungen nach körpermodifizierenden Behandlungen
-	Unterstützung bei der Bewältigung negativer Gefühle und Stresszustände bei andauernder Geschlechtsdysphorie

6.1. Einbeziehung von Eltern und weiteren familiären Bezugspersonen

Eine gelingende psychosoziale Bewältigung einer Transition im Jugendalter hängt entscheidend von der Unterstützung durch das familiäre Umfeld der Betroffenen ab (vgl. Romer & Möller, 2020; siehe Kapitel VI → „*Einbezug des familiären Umfelds und Familiendynamik*“). Deshalb kann „die Wichtigkeit der engmaschigen Einbindung von Eltern und weiteren nahen familiären Bezugspersonen in den gesamten Prozess der Transition und ihrer professionellen Begleitung […] nicht genug hervorgehoben werden“ (Romer & Möller, 2020, S. 92). Hierbei kommt der psychotherapeutischen Fachperson „die Aufgabe zu, einerseits den Patienten umfänglich in seinen Bestrebungen zu akzeptieren und andererseits die [eventuell vorhandenen] Bedenken und Sorgen der Eltern zu würdigen und sie im Falle bestehender ätiologischer Vorannahmen nach aktuellem Fachwissen aufzuklären. Das Beziehungsangebot an die Jugendlichen und ein Arbeitsbündnis auch mit den Eltern stellen […] [mitunter] eine große Herausforderung dar (Dietrich, 2021, S. 10–11). Nähere Ausführungen hierzu finden sich im Kapitel VI → „*Einbezug des familiären Umfelds und Familiendynamik*“ dieser Leitlinie.

6.2. Unterstützung bei Selbstexploration und Selbstfindung geschlechts-nonkonformer Jugendlicher

Wenn Jugendliche mit aktuell geschlechts-nonkonformer Selbstbeschreibung, die sich in noch eher fluide erscheinenden Selbstfindungsprozessen befinden oder im Hinblick auf ihr empfundenes trans Sein unsicher erscheinen, psychotherapeutische Unterstützung suchen, kann ein wichtiges vorab zu klärendes Ziel darin bestehen, einen Prozess der Selbstexploration in stetiger Interaktion mit sozialen Rollenerprobungen zu begleiten, ohne dass damit Festlegungen für die Zukunft bezüglich eines dauerhaften Transitionswunsches suggeriert werden.

Ashley (2019) schreibt hierzu: „Erkundung ist nicht ein Schritt, der einer [sozialen] Transition vorausgeht, sondern ein Prozess, der durch eine Transition verläuft. Es ist unmöglich, sich ein Maß an

Erkundung [ohne soziale Rollenerprobung] vorzustellen, das uns sicher macht, dass eine Transition für die zukünftige Identitätsentwicklung geeignet ist. Anstatt die Jugendlichen [nur] zu befragen, sollten professionell Helfende [hier] eine unterstützende Rolle spielen.“ (S. 233).

Preuss (2021) schreibt entsprechend hierzu, „Wichtigstes übergeordnetes Behandlungsziel bei der Behandlung geschlechtsdysphorischer Kinder und Jugendlicher, bei denen noch nicht […] [absehbar] ist, ob [eine persistierende Geschlechtsinkongruenz vorliegt oder nicht], ist die Auflösung der inneren Verwirrung und die Förderung der Fähigkeit, dem eigenen Geschlechtsidentitätsempfinden zu trauen und sich damit auszudrücken“ (S. 180).

Romer & Möller (2020) formulieren hierzu: „Ein psychotherapeutisches Angebot versteht sich somit als eine entwicklungsorientierte Wegbegleitung. Im Prozess der Selbstfindung im Hinblick auf eine persistierende [oder nicht persitierende] Trans*identität steht die Unterstützung bei der introspektiven und sozial explorierenden Selbsterkundung im Vordergrund“ (S. 91).

Ein wichtiges Ziel kann dabei sein, gender-nonkonforme Jugendliche darin zu unterstützen, den Grad der Gewissheit über die eigene Geschlechtsidentität dialogisch weiterzuentwickeln. („Es geht nicht darum andere zu überzeugen, sondern dir selbst gewiss sein“). Hierbei kann insbesondere im Hinblick auf die Auftretenswahrscheinlichkeit einer späteren Detransition die Ermutigung sinnvoll sein, im Prozess der Selbstfindung ausschließlich binärgeschlechtliche Rollenerwartungen zu hinterfragen sowie auch nicht-binäre Rollenvorstellungen und Perspektiven zu reflektieren und durch soziale Alltagserfahrungen zu erkunden. So wurden in der retrospektiven Befragung von Personen mit Detransitionserfahrung u.a. Verläufe berichtet, bei denen zum Zeitpunkt der Detransition eine non-binäre Geschlechtsidentität angegeben wurde, die zum Zeitpunkt der vorangegangenen Transition noch nicht bewusst empfunden worden sei (Littman, 2021).

Konsensbasierte Empfehlung:

V.K3.	Jugendliche mit gender-nonkonformer Selbstbeschreibung, die psychotherapeutische Unterstützung bei noch unsicherer Perspektive der Geschlechtsidentität suchen, sollten darüber informiert werden, das explorierende soziale Rollenerkundungen wichtig sind, um einen Prozess der Introspektion und Selbstreflexion in Verbindung mit sozialen Interaktionserfahrungen dialogisch zu unterstützen. Dabei sollte der Diskriminierungsschutz beachtet werden. In diesem Prozess sollten Jugendliche darin unterstützt werden, geschlechtsstereotype Rollenerwartungen zu hinterfragen sowie die Möglichkeit eines nicht-binären Geschlechtsrollenverständnisses zu reflektieren.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN):

Die DGPPN spricht sich für eine Streichung des redundanten Hinweises auf die Möglichkeit eines nicht-binären Geschlechtsrollenverständnisses aus.

Weiterhin spricht sich die DGPPN für einen stärkeren Empfehlungsgrad für die Reflektion geschlechtsstereotyper Rollenerwartungen aus und schlägt folgende abgeänderte Formulierung vor:

Jugendliche mit gender-nonkonformer Selbstbeschreibung, die psychotherapeutische Unterstützung bei noch unsicherer Perspektive der Geschlechtsidentität suchen, sollten darüber informiert werden, dass explorierende soziale Rollenerkundungen wichtig sind, um einen Prozess der Introspektion und Selbstreflexion in Interaktionserfahrungen dialogisch zu unterstützen. Dabei sollte der Diskriminierungsschutz beachtet werden. In diesem Prozess **sollen** Jugendliche darin unterstützt werden, geschlechtsstereotype Rollenerwartungen zu hinterfragen.

Begründung siehe Anhang (bzw. *hier*).

6.3. Selbstakzeptanz und Bearbeitung internalisierter Trans-Negativität

Eine ablehnende innere Haltung gegenüber dem eigenen trans Sein (internalisierte Trans-Negativität) kann aus antizipierten oder bereits erlittenen Diskriminierungserfahrungen entstehen. Gesellschaftliche Vorurteile sowie eine durch kulturelle Vorstellungen des familiären und sozialen Umfeldes geprägte Ablehnung gegenüber homosexuellen Menschen und/oder trans Personen können dazu beitragen, dass Jugendliche sich selbst als *defizitär, nicht richtig, eine Enttäuschung für ihre Angehörigen* erleben. Dies kann mit starken Selbstwertproblemen verbunden sein (Dietrich, 2021). Entsprechend ist eine bessere und konfliktfreiere Selbstakzeptanz häufig ein sinnvolles Ziel bei der psychotherapeutischen Unterstützung geschlechtsdysphorischer Jugendlicher. Romer & Möller (2020) schreiben hierzu, „Für die Psychotherapie bei geschlechtsdysphorischen Jugendlichen ist die Unterstützung der Integration des geschlechtsinkongruenten Selbsterlebens in ein kohärentes Selbstbild und dessen Akzeptanz ein wichtiges Ziel“ (S. 89).

Bei der psychotherapeutischen Bearbeitung internalisierter Transnegativität ist deren Einbettung in reale Erfahrungen mit Transfeindlichkeit im gesellschaftlichen bzw. medizinischen Kontext wichtig, da verinnerlichte Transfeindlichkeit bei Betroffenen selbst häufig schambesetzt ist (Günther et al., 2021). Entsprechend des Minoritätenstress-Modells sind daher bei der psychotherapeutischen Bearbeitung internalisierter Transnegativität spezifische Schweigegebote und weitere Erfahrungen von Transfeindlichkeit als bedeutsame Entstehungsfaktoren zu beachten. Das Nicht-Sprechen über persönlich wichtige innere Prozesse, nonkonforme Genderidentitäten und Gewalterfahrungen kann einerseits dem Schutz vor weiterer Stigmatisierung dienen, jedoch andererseits die Aktivierung und Entwicklung von Ressourcen behindern, die für das Mobilisieren von Selbststärkungskräften und Unterstützungsmöglichkeiten notwendig sind. (Günther et al., 2021). Die Reduzierung internalisierter Transnegativität kann wesentlich dazu beitragen, das Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen geschlechtsdysphorischer Jugendlicher und damit deren Resilienz zu stärken (*Empowerment*). Dies wiederum kann geeignet sein, um z.B. die Auftretenswahrscheinlichkeit von Mobbing- Erfahrungen zu reduzieren. Der Grad der eigenen Selbstgewissheit und (geschlechtlichen) Überzeugung ist dabei als protektiv für die psychosoziale Stabilisierung, Peer-Gruppen-Akzeptanz und gelingende soziale Beziehungen zu betrachten.

6.4. Psychotherapeutische Unterstützung bei Rollenerprobungen und Rollenwechsel

Die verlaufsoffene und klärende Begleitung von Selbsterkundungsprozessen bei geschlechts-nonkonformen Jugendlichen und eine affirmative Unterstützung explorierender Rollenerprobungen ergänzen sich stetig (s.o.). Eine frühzeitige Ermutigung zu geschlechts-nonkonformen

Rollenerprobungen im Sinne eines möglichst angstfreien Ausprobierens (s.o.) wirkt den im vorigen Abschnitt ausgeführten Entstehungsbedingungen für internalisierte Transnegativität entgegen und öffnet zudem Erfahrungsräume für gelebte soziale Geschlechtervielfalt auch diesseits einer persistierenden Geschlechtsinkongruenz (z.B. als „Tom-Boy“) einschließlich nicht-binärer Rollenmodelle. Ein von vermeintlichen gesellschaftlichen Erwartungen geprägter empfundener *binärer Rollenerfüllungsdruck* fand sich in Befragungen von ehemals transitionierten Personen, die nach irreversiblen medizinischen Maßnahmen später detransitionierten (sog. *detransitioners*) gehäuft als bedeutsamer Faktor (Littman, 2021; Turban et al., 2021; Vandenbussche, 2021). Wenn indes gender-nonkonforme Jugendliche zu einer möglichst offenen sozialen Rollenerprobung ermutigt werden und dabei eine gegenüber gelebter Geschlechtervielfalt akzeptierende Haltung erfahren, kann dies einer vermeintlich *alternativlosen* Selbstfestlegung darauf entgegenwirken, in der eigenen Vorstellung ausschließlich „binär trans“ sein zu können. Eine solche Festlegung kann im Einzelfall mitunter einen fest empfundenen Wunsch z.B. nach einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung mitbedingen, der sich im späteren Verlauf als verfrüht herausstellen könnte, wenn ein junger Mensch zur Erkenntnis gelangt, non-binäre Selbstverortungen zu wenig für sich selbst erkundet zu haben.

Daher ist eine *Ethik der Gender-Exploration*, die gender-nonkonforme Kinder und Jugendliche frühzeitig zu sozialen Rollenerprobungen ermutigt (Ashley, 2019; s.o.) auch im Hinblick auf die Prävention späterer Detransitionen begründet, die nach medizinischen Transitionsbehandlungen erfolgen, welche dann wiederum bereut werden (sog. *regrets*). In diesem Sinne ist die Ermutigung zu Rollenerprobungen geschlechts-nonkonformer Kinder und Jugendlicher zur Unterstützung einer verlaufsoffenen Selbstexploration sinnvoll. Mitunter sind bei jungen Personen, die noch keinen gesetzlichen Namens- und Personenstandswechsel vollzogen haben, fachliche Stellungnahmen durch psychotherapeutische Fachpersonen wichtig, um die Unterstützung solcher Rollenerprobungen in Schulen und Ausbildungsbetrieben zu unterstüzen.

Da im Zusammenhang mit sozialen Rollenerprobungen im Kindesalter über einen akzeptierenden erzieherischen Umgang hinaus meist keine psychotherapeutische Unterstützung erforderlich ist, werden die diesbezüglichen Empfehlungen im gesonderten Kapitel III → „*Sozialer Rollenwechsel in der Kindheit*“ erläutert.

Wird von Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie eine soziale Transition gewünscht, steht die affirmative Begleitung aller hierzu anstehenden Schritte sowie deren Vorbereitung meist im Vordergrund einer psychotherapeutischen Prozessbegleitung, ebenso wie die dialogisch begleitete Verarbeitung der damit gemachten persönlichen Erfahrungen. Insbesondere vor

dem historischen Hintergrund früherer Behandlungsrichtlinien, in denen über Jahrzehnte ein psychotherapeutisch begleiteter vollständige Rollenwechsel als *verpflichtende* Voraussetzung z.B. für die medizinische Indikationsstellung zu einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung empfohlen wurde, empfiehlt es sich, Behandlungssuchenden gegenüber zu vermitteln, dass sich eine fortlaufende biografische Reflexion der mit einer sozialen Transition einhergehenden Erfahrungen als unterstützendes psychotherapeutisches Angebot und nicht als *Hürde* versteht.

Konsensbasierte Empfehlung:

V.K4.	Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie, die eine soziale Transition begonnen haben oder diese anstreben, kann eine psychotherapeutische Prozessbegleitung zur Vorbereitung einzelner Entscheidungen und zur Reflexion der hiermit einhergehenden Erfahrungen angeboten werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN):

Die DGPPN spricht sich für einen stärkeren Empfehlungsgrad für eine psychotherapeutische Prozessbegleitung bei sozialer Transition aus und schlägt folgende abgeänderte Formulierung vor:

Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie, die eine soziale Transition begonnen haben oder diese anstreben, **sollte** eine psychotherapeutische Prozessbegleitung zur Vorbereitung einzelner Entscheidungen und zur Reflexion der hiermit einhergehenden Erfahrungen angeboten werden.

Begründung siehe Anhang (bzw. *hier*).

Für eine solche Prozessbegleitung sind – insbesondere, wenn keine koinzidente behandlungsbedürftige psychische Störung vorliegt (wie z.B. Depression oder soziale Ängste) – oftmals niederfrequente Gesprächstermine (z.B. 1-3 Termine pro Quartal) hinreichend, die z.B. im Rahmen psychiatrischer oder psychosomatischer Beratungen erfolgen können. Direkte oder indirekte Unterstützung durch therapeutische Fachkräfte im Austausch mit Institutionen (Schule, Ausbildungsplatz, Arbeitgeber) kann zudem hilfreich oder notwendig sein.

6.5. Offenheit für Zweifel, desistente Verläufe und die Möglichkeit späterer Detransition

Eine Ermutigung gender-nonkonformer Jugendlicher zu einer offenen Rollenerkundung im sozialen Umfeld impliziert, dass sich in deren Verlauf ergeben kann, dass Jugendliche, die sich als trans bezeichnen, nicht dauerhaft bei dieser Selbstbeschreibung bleiben. Dies beinhaltet auch die Option, ein bereits vollzogenes soziales Outing wieder zurückzunehmen (soziale Detransition). Diese Möglichkeit gilt es bei der Ermutigung zur sozialen Rollenerkundung von vorneherein zu benennen und im Dialog mit den Jugendlichen im Blick zu behalten, wofür der mentale Innenraum offenbleiben sollte. Insbesondere selbstunsichere Jugendliche können dazu neigen, beim Aufkommen solcher Zweifel Ängste zu entwickeln, sie könnten andere Personen *enttäuschen*. Dies kann zu einer inneren Hemmung führen, eigene Zweifel an der Persistenz der eigenen trans Identität innerhalb der psychotherapeutischen Beziehung anzusprechen. Um solchen Ängsten und Hemmnissen entgegenzuwirken, ist es ratsam, diesbezügliche potentielle Missverständnisse, worin z.B. eine affirmative Grundhaltung der psychotherapeutischen Fachperson besteht, explizit auszuräumen („sei die Person, die du bist und folge nicht unbedingt einem Bild, das andere sich von dir gemacht haben.“).

Konsensbasierte Empfehlung:

V.K5.	Psychotherapeutische Fachpersonen, die gender-nonkonforme Jugendliche im Prozess sozialer Rollenerkundungen oder einer sozialen Transition begleiten, sollten dabei vermitteln, dass sie für möglicherweise aufkommende Zweifel und Unsicherheiten im Hinblick auf die Transition sowie für Gedanken an eine Desistenz bzw. Detransition offen sind.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN):

Die DGPPN spricht sich für einen stärkeren Empfehlungsgrad zur Offenheit der psychotherapeutischen Fachpersonen bzgl. Desistenz/Detransition aus und schlägt folgende abgeänderte Formulierung vor:

Psychotherapeutische Fachpersonen, die gender-nonkonforme Jugendliche im Prozess sozialer Rollenerkundungen oder einer sozialen Transition begleiten, **sollen** dabei vermitteln, dass sie für möglicherweise aufkommende Zweifel und Unsicherheiten im Hinblick auf die Transition sowie für Gedanken an eine Desistenz bzw. Detransition offen sind.

Begründung siehe Anhang (bzw. *hier*).

6.6. Bearbeitung von Themen zu Körperbild und Körperbezug

Bei geschlechtsdysphorischen Jugendlichen sind infolge der Körperdysphorie negative Körpergefühle, Bedürfnisse und Emotionen wie Ekel, Scham, Neid, Wut sowie Selbsthass häufig sehr präsent und bedürfen ggf. einer psychotherapeutischen Unterstützung mit dem Ziel, die psychosexuelle Integration des eigenen Körperbildes zu fördern. Hierbei ist es ratsam, wenn sich geschlechtsdysphorische Jugendliche mit normativen Körperbildern sowie den Grenzen der Realisierbarkeit von Körperidealen kritisch auseinandersetzen, auch als nicht trans-spezifisches Thema. Ebenso gilt es, psychosexuelle Reifungskonflikte, wie es sie auch bei cis Jugendlichen geben kann, und die daher nicht automatisch im spezifischen Zusammenhang mit der Geschlechtsdysphorie zu verstehen sind, zu erkunden und gegebenenfalls zu bearbeiten. Nicht zu vergessen ist ferner eine sorgsame Begleitung der Integration des Körperbildes im Verlauf der durch körpermodifizierende Maßnahmen herbeigeführten körperlichen Veränderungen, deren psychischer Antizipation und innerer Verarbeitung. Dies kann ein bedeutsamer Aspekt psychotherapeutischer Prozessbegleitung sein.

6.7. Liebe, Partnerschaft und Sexualität

Bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie, die psychotherapeutische Unterstützung suchen, ist ein breites Spektrum von bisherigen Erfahrungen, Wünschen und damit möglicherweise verbundenen Unsicherheiten im Bereich Liebe, Partnerschaft und Sexualität zu erwarten. Manche Jugendliche haben bereits sexuelle Erfahrungen und/oder sind in einer Liebesbeziehung, andere können sich dies für sich gar nicht vorstellen und wieder andere geben an, sich frühestens nach geschlechtsangleichenden körpermedizinischen Maßnahmen vorstellen zu können, eigene sexuelle Beziehungen aufzunehmen – und selbstverständlich gibt es alles dazwischen. Ebenso sind manche Jugendliche über die Vernetzung mit der LBGTQ-Community sehr umfangreich über die Vielfalt sexueller Lebensformen und deren Verwirklichung informiert (oft umfangreicher als viele psychotherapeutische Fachpersonen) und zeigen damit einen selbstsicheren Umgang, während andere sehr selbstunsicher im Umgang mit diesem Themenbereich erscheinen können.

Im Hinblick auf die sexuelle Orientierung ist bei trans Personen insgesamt von einem im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung deutlich höheren Diversität auszugehen. So gaben in einem Survey unter erwachsenen trans Personen (N = 6368) nur 22% der Befragten eine aus der Perspektive des trans Geschlechts *heterosexuelle* Orientierung (*straight*) an (d.h. dass z.B. trans Männer angaben, sich vorwiegend vom weiblichen Geschlecht angezogen zu fühlen), während von 74% der Befragten andere Orientierungen aus dem *queeren* Spektrum angegeben wurden (z.B. bisexuell, aus der

Perspektive des trans Geschlechts homosexuell, *queer* oder *andere*) (Herman, 2016). Daher sollten psychotherapeutische Fachpersonen, wenn sie diesen Themenbereich bei Jugendlichen erfragen, möglichst offen und unbefangen gegenüber geschlechtlicher Vielfalt und möglichst frei von heteronormativen Vorstellungen sein. Insbesondere, wenn schon längere Erfahrungen mit einer gelebten sozialen Transition in allen Lebensbereichen gemacht wurden, können Jugendliche in ihrer Selbstbeschreibung häufig sehr klar zwischen ihrer empfundenen Geschlechtsidentität und ihrer sexuellen Orientierung differenzieren. Für andere Jugendliche, die diesbezüglich in offenen Selbstfindungsprozessen sind, kann es hilfreich sein, wenn dies auch im Rahmen psychotherapeutischer Begleitung dialogisch und angstfrei exploriert werden kann. Von Seiten der psychotherapeutischen Fachperson geht es dabei in erster Linie darum, zu signalisieren, dass dieser Themenbereich offen und unbefangen besprochen werden kann und nicht etwa vermieden oder tabuisiert wird. Hierfür ist es oft notwendig, das Thema Sexualität offen anzusprechen, wobei dies mit angemessener Sensibilität zu gestalten ist. Es ist jedoch den Jugendlichen zu überlassen, inwieweit sie auf dieses thematische Angebot eingehen und sich darüber mitteilen möchten. Insbesondere erscheint eine angemessene Sensibilität dafür geboten, dass in der kollektiven Wahrnehmung von trans Personen Berichte präsent sein können, wonach in der Vergangenheit (und teils auch heute noch) forcierte Explorationen des Themas Sexualität durch psychiatrisch-psychotherapeutische Fachpersonen teilweise sehr übergriffig erlebt werden, z.B., wenn im Rahmen von Begutachtungen zur Personenstandsänderung nach dem bisherigen TSG dezidierte Schilderungen zu Masturbationspraxis und damit verbundenen Fantasien verlangt wurden.

6.8. Bewältigung negativer Gefühle bei anhaltender Geschlechtsdysphorie

Auch wenn es keine ursächliche psychotherapeutische Behandlung einer persistierenden Geschlechtsdysphorie gibt, weil diese definitionsgemäß auf einer Geschlechtsinkongruenz beruht, die wiederum eine durch psychosoziale Interventionen nicht beeinflussbare dauerhafte innere Disposition einer Person ist, können psychotherapeutische Interventionen dabei hilfreich sein, mit einer Geschlechtsdysphorie einhergehende negative Emotionen und Stresszustände besser zu bewältigen. Dies kann keinesfalls die vorrangige und einzig dauerhaft wirksame Intervention ersetzen, die zu einer nachhaltigen Verbesserung der seelischen Gesundheitsprognose führen kann – nämlich die Unterstützung der Entfaltung der Persönlichkeit im Einklang mit dem empfundenen Geschlecht und dessen soziale Akzeptanz – ggf. in Verbindung mit medizinisch indizierten körpermodifizierenden Maßnahmen. Eine hierzu konträre Vorgabe in der aktuellen Begutachtungsanleitung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenkassen (2020), wonach vor einer Bewilligung der Kostenübernahme für eine leitliniengerecht indizierte geschlechtsangleichende

Operation in jedem Einzelfall mittels einer bereits *erfolglos durchgeführten* Psychotherapie zusätzlich nachzuweisen sei, dass die GD nicht bereits allein mit psychotherapeutischen Mitteln hinreichend wirksam behandelbar war, ist mit dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand nicht vereinbar und unethisch sowie im Hinblick auf ihre Sozialrechtskonformität fragwürdig. Sie erlegt Betroffenen das Durchlaufen einer aufwändigen sowie nach aktueller Erkenntnis wirkungslosen Therapie (alleinige Psychotherapie bei Geschlechtsdysphorie) als Zugangsvoraussetzung für die Kostenerstattung einer leitliniengerechten Behandlung auf.

Wird eine soziale Transition geschlechtsdysphorischer Jugendlicher psychotherapeutisch begleitet (ggf. parallel zu körpermodifizierenden Maßnahmen), können allgemeine Behandlungstechniken zur Bewältigung negativer Gefühle und Stresszustände, wie sie z.B. bei der Behandlung von depressiven und Angststörungen sowie bei Traumafolgestörungen üblich sind, zur Anwendung kommen. Hier ist ggf. zu prüfen, ob das Ausmaß der Belastung bzw. Beeinträchtigung durch negative Gefühle und Stresszustände die Vergabe einer koinzidenten psychiatrischen Diagnose und damit verbunden die Feststellung psychotherapeutischer Behandlungsbedürftigkeit im Sinne der Psychotherapierichtlinie begründet.

6.9. Unterstützung bei der Entwicklung von vollumfänglicher Einwilligungsfähigkeit für körpermodifizierende Maßnahmen

Während volljährige Personen grundsätzlich als einwilligungsfähig auch für komplexe medizinische Eingriffe gelten, besteht eine Besonderheit der Behandlung von Minderjährigen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie darin, dass deren Einwilligungsfähigkeit in jedem Einzelfall und spezifisch für jede zu indizierende medizinische Intervention als Teil der Indikationsstellung festgestellt werden muss (siehe Kapitel X → *„Rechtliche Grundlagen & ethische Maßgaben für die Behandlung Minderjähriger mit Geschlechtsinkongruenz*“ und Kapitel VII → *„Indikationsstellung für körpermodifizierende medizinische Interventionen*“). Die Einsichtsfähigkeit bezieht sich immer auf die konkrete medizinische oder psychotherapeutische Maßnahme, und die Anforderungen an die Einsichtsfähigkeit sind auch abhängig von der Komplexität der anstehenden Entscheidung (siehe Kapitel X → *„Rechtliche Grundlagen & ethische Maßgaben für die Behandlung Minderjähriger mit Geschlechtsinkongruenz“*).

Eine professionelle Unterstützung der Reflexionsprozesse behandlungssuchender Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie bei der Erlangung einer der Komplexität der medizinischen Maßnahme gerecht werdenden Einwilligungsfähigkeit kann ein wichtiger Bestandteil einer psychotherapeutischen Prozessbegleitung sein, insbesondere, wenn

umfassende Reflexionen zu weit in die Zukunft reichenden Konsequenzen einer Behandlung und deren Irreversibilität anstehen. Im Raum stehende Fragen, z.B. welchen Einfluss eine medizinische Transitionsbehandlung auf die eigene Beziehungs-, Lebens- und Familienplanung sowie eine mögliche Infertilität nehmen wird, oder ob eine vorsorgliche Kryokonservierung zum Fertilitätserhalt individuell sinnvoll ist oder nicht, können sehr persönliche Themen berühren, die mithilfe alleiniger medizinischer Aufklärung nicht hinreichend bearbeitet werden können, sondern eher einer vertiefenden und wiederkehrenden Reflexion bedürfen, um nachhaltig ins eigene Bewusstsein und in das psychosexuelle Selbstverständnis integriert werden zu können.

Kapitel VI

Einbeziehung des familiären Beziehungsumfelds und Familiendynamik

1. **Einleitung und Leitfrage**
2. **Aussagen und Empfehlungen**

   2.1. Aussagen zum wissenschaftlichen Erkenntnisstand

   2.2.Empfehlungen

1. Einleitung und Leitfrage

Wenn Kinder und Jugendliche Symptome einer Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie (GI bzw. GD) zeigen, hat dies regelhaft tiefgreifende Auswirkungen auf ihr familiäres Umfeld. Für Eltern und Geschwister (aber auch für Familienmitglieder außerhalb der Kernfamilie) bedeutet dies eine Anpassungsleistung, die in den meisten Fällen zunächst mit einer hohen Verunsicherung einhergeht. Beziehungen innerhalb der Familie können sich dadurch negativ verändern und notwendige erzieherische Interventionen erschweren (z.B., weil die Eltern der Symptomatik der GI bzw. GD keine angemessene oder eine zu hohe Bedeutung beimessen). Familienangehörige zeigen teilweise anhaltende Akzeptanzprobleme der geäußerten Geschlechtsidentität oder eine vereinfacht wirkende Akzeptanz, die der Komplexität des Phänomens nicht gerecht werden.

Bei persistierenden Verläufen in der Adoleszenz sehen sich die Eltern zunehmend mit Entscheidungen der körperlichen Transition (Pubertätsblockade, Hormontherapie, operative Maßnahmen) konfrontiert, die nachvollziehbare Ängste und Sorgen auslösen. Dem gegenüber steht häufig der vehement vorgebrachte Wunsch auf schnellen Beginn körpermodifizierender medizinischer Maßnahmen der betroffenen Jugendlichen. Daraus entsteht oft eine Polarisierung, aus der sich schnell eine Belastung der Eltern-Kind-Beziehung entwickeln kann. Professionelle Helfer*innen werden leicht in diese Polarisierung mit einbezogen und riskieren dann, keine *familien*basierte Beratung und Begleitung mehr durchführen zu können, wie im Bereich der Kinder- und Jugendpsychotherapie und -psychiatrie/Jugendmedizin üblich.

Die Akzeptanz der betroffenen Jugendlichen von ihren Familien stellt aber eine essenzielle Voraussetzung für eine Rollenerkundung/Alltagserprobung dar und scheint auch ein wichtiger Parameter für die psychische Gesundheit der Betroffenen im Langzeitverlauf zu sein. Daher kommt dem Einbezug des familiären Umfeldes, insbesondere wenn hier Vorbehalte, Ablehnungen, Ängste dem Thema GI bzw. GD gegenüber bestehen, ein sehr hoher Stellenwert im Beratungsprozess zu. In sehr seltenen Fällen kann es zu Kindeswohlgefährdungen kommen, die dann auch entsprechend benannt und bearbeitet werden müssen.

Leitfrage an die Leitlinie:

Welche familiären Konstellationen und Einflussfaktoren sind im Hinblick auf die Notwendigkeit ihrer Exploration und ggf. daraus resultierende Handlungsschritte besonders zu beachten?

Kinder und Jugendliche mit nonkonformer Geschlechtsidentität haben Bedürfnisse und müssen Entscheidungen treffen, die auch die weiteren Familienangehörigen und das Umfeld betreffen. Sie sind in ihrer Identitätsentwicklung und insbesondere bei Entscheidungen über eine Transition in besonderem Maße auf die Unterstützung durch die Familie angewiesen. Dabei spielen familiendynamische Prozesse eine bedeutsame Rolle. Dass die Familiendynamik bei besonders vulnerablen Kindern und Jugendlichen sowohl im Sinne familiärer Belastungsfaktoren als auch im Sinne protektiver Ressourcen eine wichtige Rolle spielt, ist aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Jugendhilfe und der Familientherapie hinlänglich bekannt. Zweifellos gehören Kinder und Jugendliche mit GI und/oder GD zu solch einer vulnerablen Gruppe, wie alleine die beschriebenen erhöhten Raten für Suizidalität und Selbstverletzungen deutlich aufzeigen *(*Eisenberg et al., 2017; Strauss et al., 2017; Travers et al., 2012; Veale et al., 2017, uvm., siehe Kapitel IV → *„Assoziierte psychische Auffälligkeiten und Gesundheitsprobleme bei Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie*“). Deshalb widmet diese Leitlinie dem Thema der Familiendynamik ein eigenes Kapitel.

Leider gibt es in der ganzen Breite der Forschung im Bereich GI bzw. GD nur wenige Studien, die – wenigstens implizit – auch Fragestellungen zur spezifischen Familiendynamik untersucht haben. Die für dieses Kapitel rezipierte Literatur weist daher eine weitgehende Überlappung mit der rezipierten Literatur in anderen Kapiteln der Leitlinie auf. Es handelt sich dabei um Originalstudien, systemische Reviews, Überblicksartikel, bereits bestehende Leitlinien und Behandlungsansätze, die in mindestens einer Frage, Schlussfolgerung oder (Behandlungs-) Empfehlung auf das Thema der Familiendynamik eingehen.

Betrachtet man das Thema der Familiendynamik, sollten auch die unterschiedlichen Interessen und Absichten der Beteiligten erkannt und berücksichtigt werden. Kinder und Jugendlichen müssen oft auf Entscheidungen vertrauen, die die Eltern als Sorgeberechtigte stellvertretend für sie treffen. Es ist davon auszugehen, dass Eltern annehmen, dass die Ziele, die den eigenen Auffassungen zum bestmöglichen Wohl des Kindes entsprechen, auch im besten Interesse ihres Kindes sind und deshalb wahrscheinlich am ehesten Versorgungs- und Behandlungsangebote aufsuchen, die ihre eigenen Anschauungen und Einstellungen widerspiegeln (Byne et al., 2012). Im besten Fall decken sich die Vorstellungen der Kinder und Eltern oder liegen zumindest nahe beieinander. Solche Familien haben sich oft schon sehr gut über Gender-Diversität informiert und sich mit anderen Familien vernetzt. In mehreren Studien wurde berichtet, dass sich diese Form von Vernetzung im Sinne eines Peer-Supports mit positiver Lebenszufriedenheit, geringem sexuellen Risikoverhalten und einem geringen Ausmaß depressiver Symptome der Kinder und Jugendlichen einherging (Johns et al., 2018;

Travers et al., 2012; Veale et al., 2017, uvm.). Kinder und Jugendliche in diesen Familien zeigten oft keine oder nur sehr geringe psychische Auffälligkeiten (u.a. Dierckx et al., 2016; Kaltiala-Heino et al., 2018). Diese Familien brauchen daher möglicherweise oftmals keine oder nur punktuell professionelle Unterstützung durch psychotherapeutische Fachpersonen.

Daneben gibt es Familien, in denen es um die GI bzw. GD eines Kindes oder Jugendlichen innerfamiliäre Konflikte gibt. So wird von negativen Reaktionen bis hin zu Zurückweisungen durch die Eltern berichtet. Gründe dafür können unter anderem Scham und Stigmatisierung bzw. die Angst vor Stigmatisierung sein. Auch die Angst der Eltern, nicht das *Richtige* zu tun sowie mangelnde Unterstützung und Information werden erwähnt (Dierckx et al., 2016). Fachpersonen, die gut informiert sind und eine ebenso akzeptierende wie unterstützende Haltung haben, wurden von befragten Eltern als positiv und hilfreich für die Entwicklung angemessener Strategien im Umgang mit der GI bzw. GD des Kindes wahrgenommen (Sharek et al., 2018).

In besonderer Weise zu beachten ist, wenn Kinder und Jugendliche mit nonkonformer Geschlechtsidentität Ablehnung durch die eigene Familie inklusive aggressiver Äußerungen erfahren, insbesondere, wenn dies mit spezifischen autoritären Erziehungsmethoden und strafenden Sanktionen durch die Eltern einhergeht (Adelson, 2012). Dabei können die Werte und Normen der individuellen ethnischen Gruppe oder religiösen Gemeinschaft eine große Rolle spielen (Gartner & Sterzing, 2018). Mehrere Autor*innen weisen darauf hin, dass negative Reaktionen, Äußerungen und Ausgrenzung durch Peers oder Familie ein besonderes Entwicklungs- und Gesundheitsrisiko für das Kind darstellen. Als Beispiele werden die Schwächung protektiver Faktoren gegen Suizidalität und dysfunktionale Coping-Strategien wie Weglaufen oder Prostitution genannt (Strauss et al., 2017; Travers et al., 2012). Hierbei ist zu berücksichtigen, dass negativ belastete familiäre und Peer-Beziehungen auch als ein unspezifischer Risikofaktor für psychische Gesundheitsprobleme anzusehen sind. Zudem können keine sicheren Aussagen zu kausalen Zusammenhängen getroffen werden, da auch Wechselwirkungen (in dem Sinne, dass psychische Gesundheitsprobleme für Beziehungen belastend sein können) mit zu bedenken sind.

Akzeptanz und Unterstützung durch die eigene Familie ist ein bedeutsamer protektiver Faktor für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit GI bzw. GD. Dies unterstreicht, wie wichtig der Einbezug der Eltern/Familie für die psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen ist. Es zeigt aber auch den Unterstützungsbedarf für Eltern, damit sie in der Lage sind, ihre Kinder angemessen zu begleiten. Zusätzlich herausfordernd ist die Unterstützung non-binärer Kinder und Jugendlichen, die ein besonders erhöhtes Risiko für internalisierende psychische Symptombildungen aufweisen (Kuvalanka et al., 2017).

2. Aussagen und Empfehlungen

2.1. Aussagen zum wissenschaftlichen Erkenntnisstand

Aussagen zum wissenschaftlichen Erkenntnisstand:

VI.E1.	Es gibt Belege, dass bei Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie ein die empfundene Geschlechtsidentität akzeptierendes und unterstützendes familiäres Umfeld einen bedeutsamen protektiven Faktor für die psychische Gesundheit darstellt.

Die Evidenz zu dieser Aussage ist gut belegt. Es liegen mehr als 10 Studien mit gleichsinnigen Ergebnissen vor (Aramburu Alegría, 2018; Catalpa & McGuire, 2018; Gray et al., 2016; Katz-Wise et al., 2017, 2018; Kolbuck et al., 2019; Kuvalanka et al., 2014; Levitan et al., 2019; McConnell et al., 2016; Pariseau et al., 2019; Ryan et al., 2010; Veale et al., 2017; Wilson et al., 2016).

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Aussagen zum wissenschaftlichen Erkenntnisstand:

VI.E2.	Es gibt Anhaltspunkte, dass bei Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie, die in ihrem familiären Umfeld *eine geringe oder fehlende Akzeptanz* gegenüber ihrer empfundenen Geschlechtsidentität erfahren, das Risiko für depressive Erkrankungen und Suizidalität sowie für selbstschädigendes Risikoverhalten erhöht [1] ist.

Die Evidenz zu dieser Aussage ist unsicher Es liegen fünf Studien mit gleichsinnigen Ergebnissen vor (Aramburu Alegría, 2018; McConnell et al., 2016; Pariseau et al., 2019; Simons et al., 2013; Travers et al., 2012).

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

2.2. Empfehlungen

Konsensbasierte Empfehlung:

VI.K1.	Sorgeberechtigte und Erziehende sollten darüber informiert werden, dass Therapieversuche, die darauf abzielen, das Zugehörigkeitsempfinden des Kindes zu einem Geschlecht entgegen seinem geäußerten Empfinden zu verändern, schädlich und unethisch sind.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Zur Erläuterung: Mit dem Begriff *Kind* ist hier nicht eine Altersstufe, sondern das soziale und rechtliche Verhältnis gegenüber Sorgeberechtigten und Erziehenden bezeichnet. Demzufolge sind auch Jugendliche gemeint. Der Begriff „geäußertes Empfinden“ umfasst nicht ausschließlich explizit verbale Äußerungen, sondern kann auch Verhaltensäußerungen einschließen, sofern diese eindeutig das Zugehörigkeitsempfinden des Kindes zu einem Geschlecht ausdrücken.

An dieser Stelle wird folgende Aussage aus der Präambel (→ *Kapitel I.*) nochmals hervorgehoben:

„Die geschlechtliche Identität einer Person ist höchstpersönlicher Natur. Die Förderung der Selbstbestimmung und – soweit notwendig – der Selbstbestimmungsfähigkeit ist deshalb ein wesentliches Anliegen im Behandlungssetting mit minderjährigen Patient*innen. Therapieansätze, die implizit oder explizit von dem Behandlungsziel getragen sind, das Zugehörigkeitsempfinden einer Person zu einem Geschlecht in eine bestimmte Richtung zu lenken, werden als unethisch angesehen.“

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN):

Die DGPPN spricht sich für einen stärkeren Empfehlungsgrad zur Information von Sorgeberechtigten bzgl. der Schädlichkeit von Versuchen das geschlechtliche Zugehörigkeitsempfinden des Kindes zu beeinflussen, aus und schlägt folgende abgeänderte Formulierung vor:

Sorgeberechtigte und Erziehende **sollen** darüber informiert werden, dass Therapieversuche, die darauf abzielen, das Zugehörigkeitsempfinden des Kindes zu einem Geschlecht entgegen seinem geäußerten Empfinden zu verändern, schädlich **sein können**.

Begründung siehe Anhang (bzw. *hier*).

Konsensbasierte Empfehlung:

VI.K2.	Sorgeberechtigte und Erziehende sollten darüber informiert werden, dass für Kinder und Jugendliche mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie die sichere und stetige Erfahrung, von der eigenen Familie akzeptiert und unterstützt zu werden, bei der Selbstfindung und je nach Verlauf bei einem sozialen Coming-Out, einer Rollenerprobung und einer Transition für einen günstigen Verlauf der psychischen Gesundheit wesentlich ist.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Zur Erläuterung: Mit dem Begriff der Transition können in diesem Kontext je nach Situation die soziale, die juristische und/oder Schritte einer medizinischen Transitionsbehandlung gemeint sein. Mit dem Begriff *soziales Coming-Out* ist der gesamte Prozess des zunehmenden *Sich-Zeigens* gegenüber der sozialen Umgebung in der Geschlechtsrolle bezeichnet, die der aktuell empfundenen Geschlechtsidentität entspricht. Ein solcher Prozess verläuft häufig mehrschrittig (siehe Glossar).

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN):

Die DGPPN spricht sich für einen stärkeren Empfehlungsgrad zur Information von Sorgeberechtigten bzgl. Des Stellenwertes von Akzeptanz aus und schlägt folgende abgeänderte Formulierung vor:

Sorgeberechtigte und Erziehende **sollen** darüber informiert werden, dass für Kinder und Jugendliche mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie die sichere und stetige Erfahrung, von der eigenen Familie akzeptiert und unterstützt zu werden, bei der Selbstfindung und je nach Verlauf bei einem sozialen Coming-Out, einer Rollenerprobung und einer Transition für einen günstigen Verlauf der psychischen Gesundheit wesentlich ist.

Begründung siehe Anhang (bzw. *hier*).

Konsensbasierte Empfehlung:

VI.K3.	Sorgeberechtigten und Erziehenden sollte empfohlen werden, dass bei allen Entwicklungsprozessen gender-nonkonformer Kinder und Jugendlicher ein sicherer sozialer Raum für explorierende Rollenerkundungen sowie je nach Verlauf auch ein sicherer sozialer Raum für die eventuelle spätere Veränderung einer gelebten Geschlechtsrolle zu unterstützen ist.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Zur Erläuterung: Nicht zuletzt, um die Entscheidungssicherheit bei evtl. später zu prüfenden medizinischen Behandlungsentscheidungen für geschlechtsangleichende Maßnahmen zu erhöhen, sind möglichst offene soziale Rollenerprobungen zu befürworten, die u.a. dazu dienen sollen, die dauerhafte Stimmigkeit und Lebbarkeit der angestrebten Geschlechtsrolle im Kontext sozialer Erfahrungen zu explorieren. Dies impliziert, dass für explorierende Rollenerkundungen die Option z.B. einer späteren Rücknahme eines trans Outings explizit anzusprechen und ggf. zu unterstützen ist.

Konsensbasierte Empfehlung:

VI.K4.	Sorgeberechtigte und Erziehende gender-nonkonformer Kinder und Jugendlicher sollten über Angebote von Elterngruppen von Selbstvertretungs-Organisationen als Möglichkeit von Vernetzung und gegenseitiger Unterstützung informiert werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Konsensbasierte Empfehlung:

VI.K5.	Sorgeberechtigten und Erziehenden, die mit ihrem Kind wegen des möglichen Vorliegens einer Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie vorstellig werden, sollte eine professionelle Prozessbegleitung angeboten werden mit dem Ziel, das Kind unter Einbezug der Familie dabei zu unterstützen, die eigene Geschlechtsidentität zu erkunden sowie die möglichen mit einer Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie einhergehenden psychosozialen Schwierigkeiten zu bewältigen.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Konsensbasierte Empfehlung:

VI.K6.	Sind die Vorstellungen und Wünsche Minderjähriger und ihrer Erziehungsberechtigten in Bezug auf den Umgang der Familie mit der nonkonformen Geschlechtsidentität des Kindes bzw. des/der Jugendlichen nicht miteinander vereinbar, sollte eine Prozessbegleitung des Familiensystems durch eine geeignete Fachperson mit familientherapeutischer Expertise empfohlen werden mit dem Ziel, eine akzeptierende und unterstützende Haltung gegenüber der geschlechtlichen Identität des Kindes/Jugendlichen zu fördern. Eine solche Prozessbegleitung wird nur empfohlen, wenn hierdurch keine schädlichen Auswirkungen auf das gesundheitliche Wohl des Kindes zu erwarten sind.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Zur Erläuterung: Der Begriff „familientherapeutische Expertise“ in dieser Empfehlung bezieht sich *nicht* auf ein formales Zertifikat einer diesbezüglichen speziellen Qualifizierung, sondern auf die professionellen Fertigkeiten und Erfahrungen der betreffenden Fachperson.

Kapitel VII

Indikationsstellung für körpermodifizierende medizinische Interventionen

1. **Einleitung und Leitfragen**
2. **Limitationen der Studienlage**
3. **Outcome-Studien zu psychischer Gesundheit, Lebenszufriedenheit, Körperzufriedenheit und Geschlechtsdysphorie nach körpermodifizierenden Interventionen**

   3.1. Vergleich zur Studienlage im Erwachsenenalter

   3.2. Outcome-Studien zu möglichen somatischen und kognitiven Folgeerscheinungen medizinischer Interventionen im Jugendalter

   3.3. Follow-Up-Studien zum Verlauf der Geschlechtsinkongruenz nach Beginn medizinischer Behandlungen (inkl. Desistenz)

   3.4. Follow-Up Studien zu geschlechtsangleichenden Operationen

   3.5. Befragungen Behandlungssuchender zu Fertilität und Indikationskriterien
4. **Zusammenfassung der Bewertung der Evidenzlage**
5. **Empfehlungen aus bisherigen Leitlinien und Übersichtsartikeln für die Indikationsstellung**

   5.1. Standards für die fachliche Qualifikation der Fachperson, welche die Indikation stellt

   5.2. Psychiatrisch-psychotherapeutische diagnostische und therapeutische Maßnahmen

   5.3. Somatische Voruntersuchungen

   5.4. Wichtige Inhalte der Aufklärung
6. **Empfehlungen zur Indikationsstellung für körpermodifizierende medizinische Maßnahmen**

   6.1. Grundsätzliches

6.2. Pubertätsblockade

6.3. Geschlechtsangleichende Hormonbehandlung (GAH)

6.4. Geschlechtsangleichende Operationen im Jugendalter

6.5. Empfohlene Inhalte eines Indikationsschreibens

1. Einleitung und Leitfragen

Körpermodifizierende medizinische Interventionen bei Personen mit Geschlechtsinkongruenz (GI) zielen darauf ab, durch vorübergehendes Anhalten der pubertären Reifeentwicklung oder durch Angleichung des körperlichen Erscheinungsbildes einen anhaltenden körperbezogenen geschlechtsdysphorischen Leidensdruck zu verhindern oder zu reduzieren. Es besteht Konsens in aktuellen Leitlinien, dass es für einen anhaltenden positiven Effekt auf die psychische Gesundheit wichtig ist, dass solche medizinischen Maßnahmen in eine mit Selbstakzeptanz und erfahrener sozialer Akzeptanz einhergehende soziale Transition eingebettet sind (DGfS, 2018; Coleman et al., 2022a). Die Indikationsstellung zu diesen Interventionen ist insbesondere im Jugendalter komplex und fachlich herausfordernd. In diesem Kapitel werden die zu berücksichtigenden fachlichen Anforderungen an eine interdisziplinäre Indikationsstellung ausgeführt. Dabei ist vorab zu betonen, dass neben formalen Anforderungen an die fachliche Qualifikation der beteiligten Fachpersonen spezielle Fachkenntnisse und Vorerfahrungen unerlässlich sind.

Konsensbasierte Empfehlung:

VII.K0a.	Für eine fachgerechte Indikationsstellung sind spezielle Fachkenntnisse und mehrjährige Erfahrung in der Prozessbegleitung und Behandlung von Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz erforderlich. Fachpersonen ohne hinreichende spezielle Vorkenntnisse und Erfahrungen in diesem Bereich sollten zur fachlichen Absicherung einer Indikationsstellung eine hinreichend erfahrene Fachperson oder eine Spezialambulanz bzw. ein spezialisiertes Behandlungszentrum hinzuziehen.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Zur Erläuterung: Dieses Hinzuziehen von ausgewiesener Expertise ist nicht formal definiert und richtet sich nach den jeweils individuellen Gegebenheiten innerhalb einer sich als lernendes System stetig weiter entwickelnden Versorgungs- und Fortbildungslandschaft. Dies kann z.B. in Form einer unabhängigen medizinischen Zweitmeinung, durch eine konsiliarische Mitbeurteilung, durch kollegiale Intervision oder Supervision, oder durch Fallkonferenzen in Qualitätszirkeln erfolgen.

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN):

Die DGPPN spricht sich für einen stärkeren Empfehlungsgrad für die Indikationsstellung durch eine hinreichend erfahrene Fachperson aus und schlägt folgende abgeänderte Formulierung vor:

Für eine fachgerechte Indikationsstellung sind spezielle Fachkenntnisse und mehrjährige Erfahrung in der Prozessbegleitung und Behandlung von Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz erforderlich. Fachpersonen ohne hinreichende spezielle Vorkenntnisse und Erfahrungen in diesem Bereich **sollen** zur fachlichen Absicherung einer Indikationsstellung eine hinreichend erfahrene Fachperson oder eine Spezialambulanz bzw. ein spezialisiertes Behandlungszentrum hinzuziehen.

Begründung siehe Anhang (bzw. *hier*).

Leitfragen:

- Welche Fachexpertise sollte für die Indikationsstellung körpermodifizierender medizinischer Maßnahmen bei einer Geschlechtsinkongruenz im Jugendalter vorausgesetzt werden?
- Was ist bei der Diagnostik der Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie im Jugendalter hinsichtlich einer Indikationsstellung für körpermodifizierende medizinische Maßnahmen zu beachten?
- Was ist bei der Diagnostik und Behandlung assoziierter psychischer Störungen hinsichtlich einer Indikationsstellung für medizinische Maßnahmen zu beachten?
- Welche entwicklungsbezogenen diagnostischen Überlegungen sind bei der Indikationsstellung für medizinischer Maßnahmen zu beachten?
- Welche Empfehlungen können für die Abstufung und Reihenfolge der Indikation für verschiedene medizinische Behandlungsschritte gegeben werden?
- Ab welchem Alter oder Reifestadium der Pubertätsentwicklung können welche medizinischen Behandlungsschritte grundsätzlich empfohlen werden?
- Welche Voraussetzungen sind für eine informierte Zustimmung von minderjährigen Patient*innen und ihren Sorgeberechtigten vor einer Indikationsstellung zu körpermodifizierenden Maßnahmen zu prüfen?

2. Limitationen der Studienlage

Die Literaturrecherche im Rahmen der Leitlinienerstellung zur Indikationsstellung pubertätsverzögernder und geschlechtsangleichender Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie ergab nur eine geringe Anzahl an relevanten Originalarbeiten, in denen der Outcome dieser Interventionen in einem Follow-Up-Design untersucht wurde, wobei insbesondere Studien mit höherem Evidenzniveau fehlen (Mahfouda et al., 2019; Taylor, Mitchell, Hall, Heathcote, et al., 2024; Taylor, Mitchell, Hall, Langton, et al., 2024). Neben der geringen Zahl veröffentlichter Studien ist die limitierte Evidenzlage zudem durch methodische Limitationen in Bezug auf die Evidenzniveaus der Studien in diesem Kontext bedingt. Die Durchführung randomisiert kontrollierter und verblindeter Studien, in welchen eine Gruppe von geschlechtsinkongruenten bzw. geschlechtsdysphorischen Kindern und Jugendlichen pubertätsverzögernde bzw. geschlechtsangleichende Interventionen erhält und die andere nicht, scheint ethisch grundsätzlich nicht vertretbar. Eine Verblindung ist grundsätzlich bei hormonellen Interventionen nicht möglich. Ein Vorenthalten von wirksamen pubertätsverzögernden oder geschlechtsangleichenden Maßnahmen im Zuge der Randomisierung zu Studienzwecken ist bei einem vorliegenden Wunsch nach einer solchen Intervention von Seiten der Betroffenen sowie der Sorgeberechtigten und einem entsprechenden Leidensdruck der Betroffenen schwer zu begründen und würde vermutlich zu einer sehr geringen Teilnahmebereitschaft an einer solchen Studie führen.

Die systematisch gesichtete Literatur bezieht sich daher überwiegend auf klinische Verlaufskohortenstudien. In diesen wurden Jugendliche mit diagnostizierter Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie untersucht, welche eine pubertätsverzögernde bzw. geschlechtsangleichenden Behandlung auf Basis der von den Behandelnden gestellten Indikation und dem entsprechenden vorhandenen Wunsch der Betroffenen sowie der Sorgeberechtigten erhalten haben. Teilweise wurde zum Vergleich auch der klinische Verlauf von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie berichtet, bei denen keine Indikation für diese Behandlungen gestellt wurde oder bei welchen (noch) kein Wunsch der Betroffenen oder der Sorgeberechtigten danach bestand. Dies bedingt entsprechend große Gruppenunterschiede zwischen den verglichenen Teilkohorten. Für die Gruppen mit gestellter gegenüber nicht gestellter Indikation ist ein unterschiedlicher Schweregrad der assoziierten Psychopathologie oder Unterschiede im Ausmaß der Geschlechtsdysphorie und des damit einhergehenden Leidensdruckes anzunehmen. Es gibt keine Vergleichsstudien zwischen Gruppen behandelter Jugendlicher, bei welchen unterschiedliche Indikationskriterien angewendet wurden.

Schlussfolgerungen zu Effekten pubertätsverzögernder und geschlechtsangleichender Behandlungen bei Minderjährigen auf deren gesundheitlichen Outcome lassen sich vor dem Hintergrund der skizzierten Datenlage lediglich aus den Follow-up Daten zur psychischen und körperlichen Gesundheit sowie der sozialen Situation nach durchgeführten Behandlungen ziehen. In den verfügbaren Follow-Up-Studien waren zum Nacherhebungszeitpunkt verschiedene medizinische Maßnahmen durchgeführt worden, meist in Kombination mit psychotherapeutischen Maßnahmen (Becker-Hebly et al., 2021; Chen et al., 2023; Costa et al., 2015; de Vries et al., 2014; Grannis et al., 2023; Klink et al., 2015; Tordoff et al., 2022; Vlot et al., 2017). Die gemessenen Outcomes in diesen longitudinalen Studienergebnissen können aus methodischen Gründen somit meist nicht einer einzigen Intervention zugeordnet werden, sondern lassen lediglich Aussagen über das Outcome bei Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie nach Durchlaufen eines „Gesamtpakets“ zu, zu dem eine sowohl psychosozial als auch medizinisch unterstützte Transition mit sorgfältiger Indikationsstellung und professioneller Prozessbegleitung gehört.

3. Outcome-Studien zu psychischer Gesundheit, Lebenszufriedenheit, Körperzufriedenheit und Geschlechtsdysphorie nach körpermodifizierenden Interventionen

Eine Longitudinalstudie aus den Niederlanden mit einer Stichprobe von 70 geschlechtsinkongruenten Jugendlichen (47,1% trans weiblich und 52,9% trans männlich) mit einem durchschnittlichen Alter von 13,65 Jahren (Bereich: 11,1-17,0) fand nach knapp zweijähriger Pubertätsblockade mit GnRH-Analoga eine signifikante Verringerung von emotionalen Symptomen und Verhaltensauffälligkeiten (de Vries et al., 2011). Vor Behandlungsbeginn zeigten 44,4% der Teilnehmenden emotionale oder Verhaltensauffälligkeiten im klinisch relevanten Bereich. Nach der Behandlung verringerte sich dieser Anteil auf 22,2%. Insbesondere zeigte sich eine signifikante Verringerung der Depressivität mit einer Reduktion des Rohwerts des Beck-Depressions-Inventars (BDI) von 8,31 (Cut-Off für Depression bei 14) vor der Behandlung auf einen Wert von 4,95 zum Zeitpunkt des Follow-Ups. Außerdem zeigte sich eine statistisch signifikante Verbesserung des globalen Funktionsniveaus von durchschnittlich 70,24 (oberer Bereich einiger leichter psychiatrischer Symptome) auf 73,90 (Bereich vorübergehender Symptome). Beim Ausmaß der Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper zeigten sich hingegen nach alleiniger Pubertätsblockade wie erwartet keine signifikante Veränderung (ebd.). Die Stichprobe bestand aus Jugendlichen mit sorgfältig nach definierten Kriterien diagnostizierter persistierender Geschlechtsdysphorie nach Eintritt der Pubertät. Alle Jugendlichen dieser Studie führten die Pubertätsblockade im Verlauf fort und begannen im Anschluss mit einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung.

In einem weiteren Follow-up zu einer Substichprobe der vorherigen Studie wurden 55 junge Erwachsene (40,0% trans weiblich und 60,0% trans männlich), die eine im Jugendalter begonnene gestufte medizinische Transitionsbehandlung mit zunächst Pubertätsblockade und anschließend geschlechtsangleichender Hormongabe sowie geschlechtsangleichenden Operationen durchlaufen hatten, nach im Durchschnitt siebenjähriger Beobachtungszeit nachuntersucht (de Vries et al., 2014). Dabei zeigten sich im Verlauf statistisch signifikante und klinisch relevante Verbesserungen im Bereich des globalen Funktionsniveaus, in der psychopathologischen Symptombelastung, im Ausmaß von Verhaltensauffälligkeiten, in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und in der subjektiven Lebenszufriedenheit, sowie eine statistisch signifikante Abnahme der Körperunzufriedenheit. Während die Ausgangswerte für psychopathologische Symptombelastungen und gesundheitsbezogene Lebensqualität vor Beginn der Pubertätssuppression größtenteils im Bereich klinischer Auffälligkeit lagen, lagen die durchschnittlichen Scores für gesundheitsbezogene Lebensqualität, allgemeine Lebenszufriedenheit und das Ausmaß der psychopathologischen Symptombelastung nach vollständig durchlaufener körpermodifizierender Transitionsbehandlung im Referenzbereich bevölkerungsrepräsentativer Normierungsstichproben. In dieser Studie wurden die Jugendlichen nach definierten strengen Kriterien für eine körpermodifizierende Behandlung im Jugendalter zugelassen. Hierbei wurden nur Jugendliche mit binärer transgeschlechtlicher Identität sowie ohne psychiatrische Begleitdiagnosen, welche mit der Diagnostik oder Behandlung der Geschlechtsdysphorie interferieren könnten, eigeschlossen. Zudem fand bei allen inkludierten Jugendlichen durchgehend eine professionelle Prozessbegleitung über alle medizinischen Transitionsschritte durch das Behandlungszentrum statt (Cohen-Kettenis et al., 2008).

In einer Studie aus Großbritannien (Costa et al., 2015) erhielten 201 Jugendliche im Alter von im Schnitt 15,52 Jahren (Bereich: 12-17) zunächst über mehrere Monate psychologische Unterstützung. Davon wurde für 121 Jugendliche (38,5% trans weiblich und 61,5% trans männlich) 6 Monate nach der Baseline-Erhebung eine prinzipielle positive Indikation für eine Pubertätsblockade in Aussicht gestellt. Von diesen wurden 60 sofort mit einer Pubertätsblockade behandelt (Gruppe 1). Für die verbleibenden 61 wurde die Entscheidung für den Beginn einer Pubertätsblockade aufgrund diverser Unsicherheiten zurückgestellt (Gruppe 2). Meist wurde dies mit dem Vorhandensein vermehrter und komplexerer psychischer Auffälligkeiten begründet. Gruppe 2 erhielt während der Datenerhebung für diese Studie weiterhin ausschließlich eine nicht näher spezifizierte psychologische Unterstützung. Die im Rahmen dieser Studie gebildeten Gruppen sind daher nicht vergleichbar, weil sie sich zur Baseline-Erhebung in ihrem klinischen Erscheinungsbild systematisch unterschieden. Sie sind daher nur als getrennte Verlaufskohorten zu betrachten. Für beide Gruppen zeigte sich im Follow-up eine statistisch signifikante

Verbesserung im globalen Funktionsniveau. Ein spezifischer Add-On-Effekt einer Pubertätsblockade lässt sich aus den berichteten Daten nicht ableiten. Die Ergebnisse untermauern die Heterogenität der Patient*innengruppe in Bezug auf begleitende psychopathologische Auffälligkeiten.

In einer niederländischen Querschnittsstudie verglichen van der Miesen et al. (2020) 178 Jugendliche mit Geschlechtsinkongruenz nach Behandlung mit einer Pubertätsblockade mit 272 Jugendlichen, die in das Amsterdamer Genderzentrum neu zugewiesen worden waren, aber noch keine medizinischen Behandlungen erhalten hatten, sowie mit einer nicht-klinischen Kontrollgruppe von 651 Jugendlichen aus der Allgemeinbevölkerung. Die geschlechtsinkongruenten Jugendlichen ohne medizinische Behandlung wiesen signifikant höhere Werte im Hinblick auf Selbstverletzung und Suizidalität sowie schlechtere Peer-Beziehungen auf als die Gleichaltrigen der Allgemeinbevölkerung. Die Jugendlichen nach medizinischer Behandlung mit Pubertätsblockade zeigten signifikant niedrigere Werte in emotionalen oder Verhaltensproblemen als die Jugendlichen vor der Behandlung und gleiche oder niedrigere Werte als die Jugendlichen aus der Allgemeinbevölkerung. Diese Studie wird im aktuellen systematischen Review von Taylor und Kollegen zu den Outcomes einer alleinigen Pubertätsblockade als einzige Studie mit hoher methodischer Qualität eingestuft (Taylor, Mitchell, Hall, Heathcote, et al., 2024).

In einer größeren Follow-up-Studie mit 148 US-amerikanischen Jugendlichen von Kuper et al. (2020) wurden diese nur mit Pubertätsblockade (*N* = 25, Alter von im Mittel 13,7 Jahren mit Bereich 9,8-14,9) oder mit feminisierender oder maskulinisierender Hormonbehandlung (*N* = 123, Alter von im Mittel 16,2 Jahre mit Bereich 13,2-18,6) behandelt. Nach einem Follow-Up-Zeitraum von durchschnittlich 14,9 Monaten zeigten sich nach dem Selbstbericht der Jugendlichen bzgl. der Mittelwerte ein deutlicher Rückgang der Geschlechtsdysphorie mit Verbesserung ihrer Körperzufriedenheit, leichte bis mäßige Verbesserungen der depressiven Symptomatik und eine ebenso leichte Verbesserung von Angstsymptomen. Diese Veränderungen fielen statistisch signifikant aus.

Eine Follow-up-Studie aus Deutschland (Becker-Hebly et al., 2021) überwiegend nach Behandlung mit Pubertätsblockade, geschlechtsangleichenden Hormonen oder Operationen kommt zu ähnlichen Ergebnissen. Es wurden die Daten von 75 Personen (14,7% trans weiblich und 85,3% trans männlich) mit einem durchschnittlichen Alter bei der Baseline-Messung von 15,56 Jahren (Bereich 11-18) berichtet. Es zeigten sich leichte bis mittlere deskriptive Verbesserungen der Psychopathologie nach einem Befragungszeitraum von im Schnitt zwei Jahren. Die inferenzstatistische Signifikanz wurde nicht getestet.

Eine Verlaufsstudie mit vorläufigen Ergebnissen aus der Schweiz (Pauli et al., 2020) von 51 Jugendlichen (23,9% trans weiblich und 76,1% trans männlich; Alter zur Baseline im Durchschnitt 16,3 Jahre, Bereich 13-19), welche zum Großteil durch Pubertätsblockade oder mit geschlechtsangleichenden Hormonen behandelt wurden, zeigte in einem Befragungszeitraum von im Durchschnitt zwei Jahren zum

Teil in der Tendenz ähnliche Ergebnisse. Es zeigte sich hier nur für die trans weiblichen Jugendlichen eine Verringerung des psychopathologischen Gesamtscores. Diese Veränderung wurde allerdings aufgrund der geringen Fallzahl (*N* =12) nicht inferenzstatistisch signifikant und ließ sich für die trans männlichen Jugendlichen nicht zeigen. Eine vollzogene soziale Transition erwies sich als positiver Prädiktionsfaktor für Aspekte der Lebenszufriedenheit.

Eine englische Verlaufsstudie an 44 Jugendlichen unter Pubertätsblockade, die meisten nach ein- bis zweijährigem Verlauf, zeigte keine Veränderung in psychopathologischen Auffälligkeiten gemessen mit dem Youth Self Report (YSR) (Carmichael et al., 2021). In einer Studie mit sehr kurzem Follow-up nach im Schnitt nur vier Monaten zeigte sich keine Verbesserung in Bezug auf Angst, Depression und Suizidalität unabhängig von der Initialisierung einer Hormontherapie. Die Autor*innen schlussfolgern, dass die Follow-Up Zeit zu kurz ist, um eine Verbesserung zu zeigen (Cantu et al., 2020). Eine retrospektive Studie aus Krankengeschichten von Angehörigen von Berufssoldaten aus den USA zeigte eine Reduktion der Anzahl Besuche im psychiatrischen Gesundheitssystem aber keine gesamthafte Reduktion der Nutzung psychiatrischer Gesundheitssysteme nach der Gabe von geschlechtsangleichenden Hormonen. In dieser Studie ist zu berücksichtigen, dass es sich um Jugendliche und junge Erwachsene mit einem Durschnittsalter von 18;2 Jahren bei Erstuntersuchung handelte und dass die Follow-Up Zeit nur bis zu 1,5 Jahre betrug (Hisle-Gorman et al., 2021). Eine finnische Studie untersuchte 52 Jugendliche, welche unter 18 Jahre bei Anmeldung waren und im Schnitt 18;2-jährig bei Diagnosestellung. Diese erhielten nach der Volljährigkeit eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung. Es zeigte sich, dass diejenigen, die bereits vor Diagnostellung psychiatrische Begleitstörungen aufwiesen, auch nach Initiierung der Hormontherapie psychiatrische Behandlung benötigten. Diejenigen, die gute psychosoziale und schulisch-berufliche Funktionsfähigkeit aufwiesen, zeigten diese auch nach der Hormonbehandlung. Die Autor*innen schlussfolgern, dass eine alleinige medizinische Behandlung jungen Erwachsenen mit Geschlechtsinkongruenz nicht gerecht wird. Auch in dieser Studie betrug die Follow-Up Zeit nur ein Jahr (Kaltiala et al., 2020). Eine weitere Follow-Up Studie aus den USA mit 115 Jugendlichen ein Jahr nach Beginn einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung zeigte hingegen eine starke Reduktion der Körperunzufriedenheit sowie Angst und Depression, aber auch Viktimisierung im Verlauf der Behandlungszeit sowie eine Verbesserung der Lebenszufriedenheit (Chelliah et al., 2024).

Bei zehn von elf der obig berichteten Follow-Up-Studien gilt zu berücksichtigen, dass es sich um Verlaufsdaten nach 4-24 Monaten handelt gegenüber dem Langzeit-Follow-Up-Intervall von sieben Jahren bei einer der beiden niederländischen Studien (de Vries et al., 2014). Zudem ist zu berücksichtigen, dass in einigen der genannten Follow-Up-Studien nicht alle Jugendlichen zunächst eine Pubertätsblockade

erhielten, sondern bei drei Studien ein Teil der Stichprobe aufgrund des bereits fortgeschritteneren Alters bei Behandlungsbeginn direkt eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung erhielt.

In einer weiteren naturalistischen Verlaufsstudie über einen Zeitraum von insgesamt 12 Monaten (Tordoff et al., 2022) wurden 104 US-amerikanische Jugendliche und junge Erwachsene untersucht, die die ein spezialisiertes Behandlungszentrum aufsuchten (davon 26,0% trans weiblich, 60,6% trans männlich, 13,4% nicht-binär oder unbekannt). Ihr Altersschnitt zu Untersuchungsbeginn lag bei 15,8 Jahren (Bereich: 13-20). Es zeigte sich, dass die Häufigkeit von selbstverletzendem Verhalten oder Suizidgedanken in der Gruppe der bisher körpermedizinisch unbehandelten Jugendlichen zur Baseline-Messung bei 45% lag. Nach 12 Monaten lag sie bei den inzwischen mit Pubertätsblockade oder geschlechtsangleichenden Hormonen behandelten Jugendlichen bei 37%. Die berichteten Daten dieser Studie erlauben jedoch keine Aussage darüber, inwieweit dieser moderate Rückgang auf einen Behandlungseffekt zurückzuführen ist oder nicht, da die berichtete Kontrollgruppe der nicht behandelten Personen mit (*N* = 6) zu klein und aufgrund anzunehmender Gruppenunterschiede als nicht vergleichbar gelten muss. In einer amerikanischen Studie wurden 315 Jugendliche mit Geschlechtsdysphorie vor und zwei Jahre nach geschlechtsangleichender Hormontherapie untersucht. Es zeigte sich, dass die trans männlichen Jugendlichen zwei Jahre nach Beginn der Behandlung niedrigere Werte in Angst und Depression aufwiesen als zu Beginn der Behandlung und dass die Gesamtgruppe eine geringere Geschlechtsdysphorie und höhere Lebenszufriedenheit nach der Behandlung aufwies (Chen et al., 2023) Eine weitere Studie zeigte, dass geschlechtsinkongruente Jugendliche mit geschlechtsangleichenden Hormonbehandlungen geringer Angst- und Depressionswerte und eine höhere Körperzufriedenheit aufwiesen als Jugendliche, die diese Behandlungen nicht bekommen hatten (Grannis et al., 2023). Eine retrospektive Vergleichsstudie (Turban et al., 2020) aus der U.S. Transgender Survey, an der sich über 27.000 erwachsene trans Personen beteiligten (26,2% trans weiblich, 29,6% trans männlich und 44,2% nicht-binär oder andere Geschlechtsidentität), untersuchte die Untergruppen derjenigen, die in der Adoleszenz zeitweise mit Pubertätsblockern behandelt wurden (*N* = 89) und derjenigen, die sich eine solche gewünscht, aber nicht erhalten haben. Diejenigen, die die Pubertätsblockade gemäß ihrem Wunsche erhalten hatten, zeigten eine statistisch signifikant niedrigere Lebenszeitprävalenz von Suizidalität im Vergleich zu denjenigen, die sie trotz ihres Wunsches nicht erhalten hatten.

In einer Sekundäranalyse der Daten wurde retrospektiv der Zusammenhang zwischen einer durchgeführten geschlechtsangleichenden Hormontherapie und Outcome-Maßen für psychische Gesundheit (aktuelle psychosoziale Belastung und Suizidgedanken in den letzten 12 Monaten) untersucht (Turban et al., 2022). Hierbei wurden die Untergruppen danach unterschieden, ob eine solche Hormonbehandlung bereits im Jugendalter (14-17J; *N* = 481) oder erst nach dem 18. Lebensjahr (*N* =

12.257) begonnen wurde. Als weitere Untergruppe wurden diejenigen definiert, die angaben, trotz eines entsprechenden Wunsches nach einer solchen Hormonbehandlung eine solche nie erhalten zu haben (*N* = 8860). Nach statistischer Kontrolle verschiedener potenziell konfundierender Variablen zeigte sich ein statistisch signifikant geringeres Maß bei beiden Outcome-Parametern (Suizidgedanken und aktuelle psychosoziale Belastung) bei der Gruppe der im Jugendalter Behandelten im Vergleich zu den erst im Erwachsenenalter Behandelten. Erwartungsgemäß waren die Outcome-Werte für psychische Gesundheit bei den trotz Wunsch nicht Behandelten nochmals deutlich signifikant schlechter als bei den ab Erwachsenenalter Behandelten. Dies wird von den Autor*innen als Hinweis für einen für die psychische Langzeitgesundheit günstigen Effekt einer bereits im Jugendalter beginnenden Hormonbehandlung bei einer persistierenden Geschlechtsinkongruenz gewertet.

Für die beiden letztgenannten Studien sind allerdings mögliche Verzerrungen durch retrospektive Erhebungen als Limitation zu berücksichtigen. So ist es denkbar, dass Menschen mit besseren Ausgangswerten für psychische Gesundheit einen früheren Zugang zu geschlechtsangleichenden Behandlungen erhalten, wodurch der positive Effekt eines früheren Beginns der Intervention überschätzt werden könnte. Die hohe Fallzahl nebst landesweiter Rekrutierung sind als Stärken dieser Studie zu nennen, hingegen schränken mögliche Selektionseffekte bei der Gesamtstichprobe durch die Rekrutierung über Organisationen der *Trans-Community* die Übertragbarkeit auf andere Stichproben ein, weshalb die Studie kritisiert wurde (D'Angelo et al., 2021). Eine retrospektive Studie untersuchte eine Gruppe von 438 Jugendlichen, die angemeldet worden waren zur diagnostischen Einschätzung hinsichtlich einer Behandlung mit geschlechtsangleichenden Hormonen. Diejenigen, die zuvor eine Pubertätsblockade bei Tanner-Stadium 2-3 erhalten hatten, zeigten im Vergleich mit denjenigen, die keine Pubertätsblockade bekommen hatten, signifikant niedrigere Werte in Depression, Angst und weiteren psychischen Auffälligkeiten sowie Stress und Suizidalität. Die Vergleichbarkeit der Gruppen war allerdings eingeschränkt, da die Gruppe mit Pubertätsblockade signifikant jünger und eine größere Zahl bei Geburt dem männlichen Geschlecht zugeordnet war. Nach Adjustierung auf Alter und Geschlecht blieben jedoch die Unterschiede zwischen den Gruppen abgesehen von Suizidalität bestehen (McGregor et al., 2024).

3.1 Vergleich zur Studienlage im Erwachsenenalter

Die Evidenz für ein günstiges gesundheitliches Outcome nach geschlechtsangleichenden medizinischen Interventionen bei erwachsenen Patient*innen mit Geschlechtsdysphorie ist deutlich umfassender. Dies ist für die Bewertung der zu erwartenden Wirksamkeit dieser Behandlungen bei Jugendlichen mit zu berücksichtigen. In einer Meta-Analyse wurden *N* = 28 Studien mit insgesamt *N* = 1833 Patient*innen ausgewertet (*N* = 1093 trans weiblich, *N* = 801 trans männlich), die sich einer medizinischen

Transitionsbehandlung zur Geschlechtsangleichung unterzogen, welche eine Hormontherapie beinhaltete (Murad et al., 2010). Insgesamt 80% der Behandelten berichteten eine signifikante Verbesserung der Geschlechtsdysphorie (95%-KI = 68-89%; 8 Studien; Ich^2 = 82%); 78% berichteten von einer signifikanten Verbesserung psychischer Symptome (95%-KI = 56-94%; 7 Studien; Ich^2 = 86%); 80% berichteten von einer signifikanten Verbesserung der Lebensqualität (95%-KI = 72–88%; 16 Studien; Ich^2 = 78%); und 72% berichteten von einer signifikanten Verbesserung der Sexualfunktion (95%-KI = 60–81%; 15 Studien; Ich^2 = 78%). Da es sich überwiegend um nicht-kontrollierte Beobachtungsstudien handelte, wird jedoch auch hier das Evidenzniveau trotz hoher Fallzahl als niedrig eingestuft.

3.2 Outcome-Studien zu möglichen somatischen und kognitiven Folgeerscheinungen medizinischer Interventionen im Jugendalter

Die Evidenzlage hinsichtlich somatischer und kognitiver Folgeerscheinungen medizinischer Interventionen bei geschlechtsinkongruenten Minderjährigen ist bisher noch unsicher (Taylor, Mitchell, Hall, Heathcote, et al., 2024; Taylor, Mitchell, Hall, Langton, et al., 2024). Folgende Studien zu somatischen und kognitiven Outcomes sind bislang publiziert worden:

Eine Studie (Staphorsius et al., 2015) mit Jugendlichen mit diagnostizierter damals noch so genannter *„Störung der Geschlechtsidentität“* (GIS) nach den diagnostischen Kriterien des DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) untersuchte den Einfluss von Pubertätsblockade auf die exekutiven Funktionen, hier im Sinne von Fähigkeit zur Planung und operationalisiert mit der „Tower of London Task“ (ToL) und durch fMRT-Scans. Dahinter stand die Fragestellung, ob eine vorübergehende Pubertätsblockade im Jugendalter zu Reifungsdefiziten im präfrontalen Kortex führen könnten. Es nahmen 20 Jugendliche während einer Pubertätsblockade teil (40% trans weiblich, 60% trans männlich) und 20 Jugendliche ohne medizinische Behandlung (50% trans männlich und 50% trans weiblich). Ihr Alter lag im Durchschnitt bei 15,4 Jahren (min. 12 Jahre). Die Teilnehmenden der Interventionsgruppe wurden im Mittel seit 1,6 Jahren (*SD* = 1,0) mit einer Pubertätsblockade behandelt. Es zeigten sich, abgesehen von geringerer Genauigkeit in den ToL-Aufgaben durch mit Pubertätsblockade behandelte trans Mädchen im Vergleich mit der Kontrollgruppe, keine statistisch signifikanten negativen Effekte einer Pubertätsblockade auf die untersuchten exekutiven Funktionen. In einer weiteren Studie wurden die exekutiven Funktionen bei trans Jugendlichen untersucht. Es zeigte sich, dass die Behandlung mit Pubertätsblockade von unter einem Jahr Dauer keinen Einfluss auf die exekutiven Funktionen hatte, während eine Behandlung von über einem Jahr Dauer mit leicht geringeren exekutiven Funktionen assoziiert war. Die Behandlung mit geschlechtsangleichenden Hormonen hingegen war mit einer besseren exekutiven Funktionsfähigkeit assoziiert im Vergleich zur Nichtbehandlung (Strang et al., 2022). Eine weitere Studie (Arnoldussen et al.,

2022) konnte zeigen, dass bei 72 Teilnehmenden (27 trans weiblich und 45 trans männlich) nach knapp 8-jährigem Follow-Up-Intervall nach Pubertätsblockade und anschließender geschlechtsangleichender Hormonbehandlung das Bildungsniveau und der Berufserfolg in Relation zum vor der Behandlung gemessenen IQ im Bereich des aus Daten der Normalbevölkerung zu erwarteten Bildungsniveaus und Berufserfolgs lag.

In vier Studien (Joseph et al., 2019; Klink et al., 2015; Schagen et al., 2020; Vlot et al., 2017) zu somatischen Parametern wurde u.a. die Knochendichte nach Pubertätsblockade und anschließender geschlechtsangleichender Hormongabe untersucht. Gemeinsam ist den Studien, dass eine statistisch signifikante Abnahme der absoluten Knochendichte unter einer Pubertätsblockade zu beobachten war. Diese wurde unter einer darauffolgenden geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung überwiegend wieder auf Normalwerte der Knochendichte ausgeglichen, wobei die Ergebnisse hierzu teilweise uneinheitlich sind, dahingehend, dass in zwei einzelnen Studien diese Re-Normalisierung der Knochendichte bei je einer Untergruppe nach Geschlecht nicht vollständig erfolgte.

In einer Studie (Vlot et al., 2017) normalisierte sich die Knochendichte der trans Frauen, wohingegen die Knochendichte bei den trans Männern im Durchschnitt noch unter den Normwerten für gleichaltrige cis Frauen blieb. In einer anderen Studie (Schagen et al., 2020) normalisierte sich die Knochendichte der trans Männer vollständig, wohingegen sich nur bei den trans Frauen die verminderte Knochendichte unter geschlechtsangleichender Hormonbehandlung nicht vollständig renormalisieren ließ. Die Studienergebnisse im Einzelnen werden in Kapitel VIII → *„Somatische Aspekte hormoneller Interventionen“* referiert.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Studienlage zur Behandlung mit Pubertätsböoclkern noch sehr unsicher ist, insbesondere hinsichtlich der langzeitlichen Auswirkungen einer alleinigen Pubertätsblockade auf die psychische Gesundheit, die kognitive Entwicklung und die somatische Gesundheit. Weitere Studien werden dringend gefordert (Taylor, Mitchell, Hall, Heathcote, et al., 2024; Taylor, Mitchell, Hall, Langton, et al., 2024). Die drei aktuellen systematischen Reviews zur Evidenz angestrebter sowie unerwünschter Effekte einer alleinigen Pubertätsblockade (National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2020a; Taylor, Mitchell, Hall, Heathcote, et al., 2024; Zepf et al., 2024) kommen aufgrund der Inkonsistenz der bisherigen Studienergebnisse daher weitgehend übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass derzeit *keine generell positive Nutzen-Risiko-Bewertung* einer Pubertätsblockade zur Behandlung einer persistierenden Gechlechtsinkongruenz im Jugendalter vorgenommen werden kann. Hierbei ist kritisch zu berücksichtigen, dass bei einem beträchtlichen Teil der

rezipierten Studien die Behandlung mit Pubertätsblockern in einem Alter von 15-17 Jahren erfolgte[1]. Dies entspricht u.a. einer bis April 2024 im NHS England verbindlich vorgeschrieben Praxis, die als veraltet gilt, wonach bei jedem bzw. jeder Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie, der oder die für eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung in Betracht kommt, vor deren Beginn ungeachtet des Alters zwingend eine mindestens einjährige Pubertätsblockade durchgeführt werden musste, was in Verbidung mit den dort teils sehr langen Wartezeiten von 2 Jahren und mehr regelhaft zur Behandlung auch 16-17jähriger Patient*innen mit Pubertätsblockern geführt hat. In dieser Altersspanne ist die Pubertätsentwicklung in der Regel bereits so weit fortgeschritten, dass von den Wirkeffekten der Behandlung kein hinreichender Benefit zu erwarten ist, wohingegen negative Effekte überwiegen, insbesondere durch menopausale Beschwerden und ungünstige Auswirkungen auf den Knochenstoffwechsel (O'Connell et al., 2022). Mit zunehmendem Alter bei Beginn der Behandlung fällt somit die Nutzen-Risiko-Bewertung zunehmend negativ aus. Eine Indikationsstellung für den Einsatz von Pubertätsblockern ist daher nach den Maßgaben des Deutschen Ethikrates (2022) unter Einbeziehung klinischen Erfahrungswissens nur unter *sorgfältiger individualisierter Nutzen-Risko-Abwägung* vorzunehmen (s.u. konsentierte Empfehlungen in diesem Kapitel). Zudem sind klinische Langzeitbeobachtungen durch entsprechende Nachsorgesettings zu gewährleisten und soweit möglich ist zudem zu fordern, dass die Voraussetzungen geschaffen werden, um Patient*innen die Teilnahme an Follow-Up-Studien und klinischen Beobachtungsstudien zu ermöglichen (s.u. Empfehlungen in diesem Kapitel), wie dies auch in einer aktuellen Stellungnahme der European Society for Child and Adolescent Psychiatry (ESCAP) gefordert wird (Drobnič Radobuljac et al., 2024). Zur Minimierung potenzieller somatischer Nebenwirkungen sind bei der Indikationsstellung für eine Pubertätsblockade mit ggf. sich später anschließender geschlechtsangleichender Hormongabe besondere Anforderungen an eine fachgerechte endokrinologische Durchführung zu stellen. Insbesondere eine unter physiologischen Gesichtspunkten rational abgewogene zeitliche Begrenzung einer Pubertätsblockade erscheint wichtig, um potenzielle somatische Risiken zu minimieren (siehe Empfehlungen in Kapitel VIII → *„Somatische Aspekte hormoneller Interventionen"*).

Weitere Ergebnisse zu den somatischen Auswirkungen der Hormonbehandlungen einschließlich der zu berücksichtigenden möglichen Auswirkungen einer frühen Pubertätsblockade auf die Notwendigkeit, Durchführbarkeit oder Nicht-Notwendigkeit späterer geschlechtsangleichender Operationen (z.B. Nicht-Notwendigkeit einer späteren Mastektomie bei trans Jungen oder Auswirkungen

[1] Siehe hierzu eine tabellarische Auflistung im Anhang des Methodenreports.

auf die OP-Verfahren bei späterem Wunsch nach Genitalangleichung bei trans Mädchen) werden ebenfalls in Kapitel VIII → *„Somatische Aspekte hormoneller Interventionen“* berichtet und diskutiert.

3.3 Follow-up-Studien zum Verlauf der Geschlechtsinkongruenz nach Beginn medizinischer Behandlungen (inkl. Desistenz)

In der oben berichteten ersten niederländischen Follow-Up-Studie von De Vries et al. (2011) begannen ausnahmslos alle Jugendlichen, die die Behandlung mit Pubertätsblockern begonnen hatten, später auch eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung. Eine neuere retrospektive Studie aus demselben Behandlungszentrum relativierte dieses Ergebnis teilweise. Von 143 Jugendlichen, die in den Jahren 2010 bis 2018 mit Pubertätsblockern behandelt wurden, setzten in der Folge 125 (87%) die Behandlung mit geschlechtsangleichenden Hormonen fort. Im Durchschnitt geschah dies nach zwölf Monaten bei den trans Mädchen und nach zehn Monaten bei den trans Jungen (Brik et al., 2020). Fünf Jugendliche waren zum Untersuchungszeitpunkt noch zu jung für den Beginn einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung, bei fünf Jugendlichen hatte die Geschlechtsdysphorie im Verlauf nicht persistiert und vier Jugendliche setzten die Pubertätsblockade wegen anderer Gründe (z.B. unerwünschter Nebenwirkungen) nicht fort.

In einer kanadischen Studie mit 27 geschlechtsdysphorischen Jugendlichen, die mit einer Pubertätsblockade behandelt wurden, folgte bei 19 (70,4%) eine geschlechtsangleichende Hormongabe (Khatchadourian et al., 2014). Nur bei einem trans Mädchen wurde berichtet, dass es die Transition nicht fortsetzen wollte. Bei den anderen erfolgte die Beendigung der Pubertätsblockade aus anderen Gründen (z.B. unerwünschten Nebenwirkungen).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass in den vorliegenden Studien die überwiegende Mehrzahl der Jugendlichen, die eine Pubertätsblockade erhalten, ihre Transition später mit einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung fortsetzen. Nur eine Minderheit entscheidet sich im Laufe der Pubertätsblockade für eine Detranstion verbunden mit einem Absetzen der medizinischen Behandlungen. Auf diesen Umstand sind die Jugendlichen sowie die Sorgeberechtigten vor Beginn einer Pubertätsblockade hinzuweisen (s.u. Empfehlungen).

3.4 Follow-up Studien zu geschlechtsangleichenden Operationen

Zu geschlechtsangleichenden Operationen bei Minderjährigen liegt wenig Literatur vor. Im Jugendalter kann nach den aktuellen internationalen Leitlinienempfehlungen der WPATH (Coleman et al., 2022a) die Indikation zu einer Mastektomie nach geschlechtsangleichender Hormonbehandlung bei minderjährigen trans Jungen mit persistierender Geschlechtsinkongruenz und hohem

geschlechtsdysphorischen Leidensdruck in Bezug auf die weibliche Brust gestellt werden. Studien mit trans männlichen Jugendlichen mit dem Wunsch nach einer Mastektomie haben gezeigt, dass die Brustdysphorie der Betroffenen mit stark erhöhten Raten von Angst, Depression und Stress verbunden war und zu funktionellen Einschränkungen führen kann, wie z.B. der Vermeidung von Sport- oder Schwimmaktivitäten (Mehringer et al., 2021; Olson-Kennedy et al., 2018; Sood et al., 2021). Follow-Up-Studien mit Jugendlichen, bei denen zur Reduzierung der Brustdysphorie eine Mastektomie vorgenommen wurde, zeigten gute chirurgische Ergebnisse, Zufriedenheit mit den Ergebnissen und minimales Bedauern während des Studienbeobachtungszeitraums (Marinkovic & Newfield, 2017; Olson-Kennedy et al., 2018). In einer Studie wurde berichtet, dass nach begonnener Testosterongabe vor einer Mastektomie bei trans männlichen Jugendlichen die Dysphorie in Bezug auf die weibliche Brust progredient zunehmen kann (Olson-Kennedy et al., 2018).

3.5 Befragungen Behandlungssuchender zu Fertilität und Indikationskriterien

In einer Studie wurde gezeigt, dass in der Frage eines späteren Kinderwunsches eine Diskrepanz besteht zwischen einer (noch) geringen Inanspruchnahme von medizinischen Maßnahmen zur Fertilitätsprotektion (Kryokonservierung) durch junge Menschen, die aufgrund einer Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie körpermodifizierende Behandlungen beginnen und einer höheren Zahl von Personen, die nach in der Vergangenheit erfolgter körpermodifizierender Behandlung einen Kinderwunsch äußern (De Roo et al., 2016). Dies verweist darauf, dass die Bedeutung eines potenziellen späteren Kinderwunsches bei jungen trans Personen bislang von Behandelnden im Gesundheitswesen unterschätzt wird. Eine medizinische Aufklärung und Beratung zu medizinischen Optionen einer Fertilitätsprotektion hat demnach vor der Indikationsstellung zu körpermodifizierenden Interventionen zu erfolgen (s.u. Empfehlungen).

In einer qualitativen Befragung von 13 niederländischen Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie, die mit einem Durchschnittsalter von 16 Jahren und 11 Monaten eine erste medizinische Transitionsbehandlung begonnen hatten, zeigte sich, dass die meisten von ihnen die Festlegung einer minimalen Altersgrenze für die Indikation einer Pubertätsblockade als problematisch und eine individuelle entwicklungsbezogene Herangehensweise als angemessener ansahen. Betreffend des bekannten Mangels an Studien über mögliche somatische Langzeitfolgen einer Pubertätsblockade äußerten die Jugendlichen, dass sie sich zwar mehr Daten dazu wünschen würden, sie jedoch die Indikation für sich aufgrund ihres hohen Leidensdrucks ohne anderweitige Behandlungsalternative nicht aufgrund des Fehlens der Daten in Frage stellen würden (Vrouenraets et al., 2016).

Offenbar wogen für die Befragten die konkret absehbaren Folgen eines zunehmend irreversiblen Fortschreitens der Ausbildung sekundärer Geschlechtsmerkmale im Falle der Nicht-Behandlung schwerer als die Unsicherheit der Datenlage zu möglichen Spätfolgen der Behandlung. In einer weiteren Studie mit einer qualitativen Befragung von 15 trans Jugendlichen und jungen Erwachsenen aus den USA im Alter von durchschnittlich 18 Jahren äußerten die Betroffenen den Wunsch nach einem individualisierten flexibleren Zugang zu pubertätsunterdrückenden und geschlechtsangleichenden Maßnahmen (Gridley et al., 2016).

4. Zusammenfassung der Bewertung der Evidenzlage

Insgesamt lässt sich konstatieren, dass berichtete Daten aus bisherigen nicht-kontrollierten klinischen Kohortenstudien zu hormonellen Interventionen bei Jugendlichen mit diagnostizierter Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie vorläufige Hinweise für ein günstiges Outcome der gemessenen Parameter für psychische Gesundheit und Lebenszufriedenheit liefern, wenn eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung Teil der Behandlung war. Das Evidenzniveau ist aufgrund der obig diskutierten methodischen Limitationen gering bis moderat (Taylor, Mitchell, Hall, Langton, et al., 2024). Insbesondere für die berichteten niederländischen Kohortenstudien ist aufgrund von Selektionseffekten durch idealtypisch eng gefasste Einschlusskriterien sowie durch den Umstand, dass drei Studien aus dem gleichen Zentrum stammen, die Übertragbarkeit der Ergebnisse eingeschränkt. Im systematischen Review des britischen National Institute for Health and Care Excellence (2020b) heißt es hierzu[2]:

> „Die Ergebnisse von fünf unkontrollierten, beobachtenden Studien (Achille et al., 2020; Allen et al., 2019; Kaltiala et al., 2020; Kuper et al., 2020; López De Lara et al., 2020) legen nahe, dass bei Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung wahrscheinlich die Symptome der Geschlechtsdysphorie und möglicherweise auch Depressionen, Angstzustände, Lebensqualität, Suizidalität und das psychosoziale Funktionieren verbessert. Die Auswirkungen der Behandlung auf das Körperbild sind unklar. Alle Ergebnisse waren [im Hinblick auf ihr Evidenzniveau] von sehr geringer Gewissheit.“ (2020b, S. 50).

Zu ähnlichen Schlussfolgerungen kommen die zwei aktuellsten internationalen Reviews, die im Auftrag des *Cass Review für den National Health Service England & Wales* erstellt wurden (Taylor, Mitchell, Hall, Heathcote, et al., 2024; Taylor, Mitchell, Hall, Langton, et al., 2024).[3] Die Evidenzlage zur Gabe

[2] Eigene Fachübersetzung durch Autor*innen der Leitlinienkommission

[3] Diese beiden Reviews sind nach Fertigstellung der Entwurfsfassung zur Kommentierungsphase dieser Leitlinie erschienen. Im Zuge der Überarbeitung der Leitlinie in dieser Kommentierungsphase wurden diese beiden systematischen Reviews ebenso wie alle darin zitierten neueren Originalarbeiten, sofern sie noch nicht von der

geschlechtsangleichender Hormone bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz wird als unsicher bis moderat bezeichnet, da insbesondere als methodisch hochwertig einzustufende Studien fehlen. Die verfügbare Evidenz deutet auf eine positive Auswirkung auf die mittelfristige mentale Gesundheit hin (Taylor et al., 2024b). Die Autor*innen dieses systematischen Reviews fassen die Evidenzlage zu den Effeklten auf die psychische Gesundheit wie folgt zusammen[4]:

> „Was die psychische Gesundheit betrifft, so deuten die Belege aus den meisten Prä-Post-Studien darauf hin, dass [geschlechtsangleichende] Hormone nach 12 Monaten Behandlung zu einer Verbesserung von Depressionen, Angstzuständen und anderen psychischen Problemen führen, obwohl es Unstimmigkeiten in Bezug auf Suizidalität und/oder Selbstverletzungen gab, wobei drei von vier Studien eine Verbesserung und eine keine Veränderung meldeten“ (Taylor, Mitchell, Hall, Langton, et al., 2024, S. 6).

Bei Studien hingegen, in denen die berichtete Intervention ausschließlich in einer alleinigen Pubertätsblockade bestand, ließen sich allenfalls schwache Anhaltspunkte für ein günstiges Outcome auf die gemessenen Parameter ableiten (National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2020a). Die diesbezügliche Evidenzlage wird als sehr unsicher bezeichnet, da Studien mit hoher Qualität weitgehend fehlen. Die einzige Studie, der die Autoren im Review von Taylor, Mitchell, Hall und Heathcote (2024) eine hohe methodische Qualität bescheinigen, berichtet allerdings signifikant positive Effekte einer Pubertätsblockade auf die psychische Gesundheit und das psychosoziale Funktionsniveau (van der Miesen et al., 2020). Die Evidenz, was positive Effekte auf die psychische Gesundheit betrifft, ebenso wie mögliche negative Auswirkungen auf kognitive Entwicklung sowie auf Knochendichte und kardiale Gesundheit, wird dennoch insgesamt als unzureichend bzw. inkonsistent bezeichnet. Im NICE-Review von 2020 sowie im Cass Interim Report (2022) wird hierzu erläutert, dass sich die Wirksamkeit einer Pubertätsblockade nur begrenzt an einer *Verbesserung der psychischen Gesundheit* messen lässt, da die (unbestrittene) vorrangige Wirkung einer vorübergehenden Pubertätsblockade darin besteht, ein weiteres Fortschreiten der Ausbildung sekundärer Geschlechtsmerkmale aufzuhalten und damit eine Aggravation des geschlechtsdysphorischen Leidenszustandes zu verhindern, dessen Nicht-Verschlimmerung im Einzelfall somit bereits als Behandlungserfolg gelten kann. Effekte im Sinne einer unspezifischen Stressreduktion, die zu einer Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus führen können, sind zwar möglich und werden vereinzelt berichtet, insbesondere kann jedoch nicht erwartet werden, dass sich allein durch ein

---

Leitlinienkommission rezipiert waren, einzeln gesichtet und in die Bewertung der aktuellen Evidenzlage einbezogen (siehe Methodenreport).

[4] Eigene Fachübersetzung durch Autor*innen der Leitlinienkommission

vorübergehendes Aufhalten einer zunehmend irreversiblen Virilisierung bzw. Feminisierung des körperlichen Erscheinungsbildes ein körperbezogener geschlechtsdysphorischer Leidensdruck dauerhaft reduzieren lässt. (Cass, 2022; National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2020a).

Eine generelle Risiko-Nutzen-Abwägung der Pubertätsblockade bei der Behandlung einer Geschlechtsinkongruenz mit Geschlechtsdysphorie im Jugendalter erscheint derzeit anhand der aktuellen Studienlage nicht möglich bzw. kann der Komplexiät der medizinischen Entscheidungssituation im Einzelfall nicht gerecht werden. Unter der Maßgabe einer gesicherten Diagnose ist bei einer fachgerechten Indikationsstellung deren potenzieller Nutzen den potenziellen Risiken bezogen auf den jeweiligen Einzelfall gegenüberzustellen. Für diese individualisiert vorzunehmende Abwägung fordert der Deutsche Ethikrat zudem, dass dabei auch Nutzen und Risiken eines Unterlassens der Behandlung sorgfältig abzuwägen sind (Deutscher Ethikrat, 2020). Es besteht in der medizinischen Fachwelt weitgehende Einigkeit, dass weitere Studien zur Verbesserung der Datenlage erforderlich sind, insbesondere zum Langzeitverlauf nach einer vorübergehenden pubertätsblockierenden Behandlung im Jugendalter.

Statement zum Wissensstand:

VII.E1.	Es gibt aus nicht kontrollierten Verlaufsstudien Hinweise dafür, dass sich bei Patient*innen mit im Jugendalter diagnostizierter persistierender Geschlechtsdysphorie, die im Zusammenhang mit einer sozial unterstützten Transition eine gestufte körpermodifizierende Behandlung erhalten, eine langfristige Verbesserung von Lebensqualität und psychischer Gesundheit im Erwachsenenalter zeigt.

Die Evidenz zu dieser Aussage ist unsicher. Es liegen drei Studien vor, die aus dem gleichen zentrum stammen (Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997; de Vries et al., 2011, 2014).

Bei den berichteten Studien umfasste eine solche *gestufte körpermodifizierende Behandlung* bei jeweils *fachgerechter spezifischer Indikationsstellung* in der Regel:

1. eine vorübergehende Pubertätssuppression;
2. eine darauffolgende geschlechtsangleichende Hormonbehandlung; und
3. zu einem späteren Zeitpunkt geschlechtsangleichende Operationen.

Bei allen in den berichteten Studien eingeschlossenen Patient*innen erfolgte eine interdisziplinäre Indikationsstellung nach dem so genannten *Dutch Protocol* sowie eine durchgehende professionelle Begleitung über die gesamte Dauer des Transitionsprozesses.

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN):

Die DGPPN spricht sich für eine Streichung dieser Aussage zum Wissensstand aus.

Begründung siehe Anhang (bzw. *hier*).

5. Empfehlungen aus bisherigen Leitlinien und Übersichtsartikeln für die Indikationsstellung

Die Empfehlungen aus Leitlinien und Übersichtsartikeln lassen sich unterteilen in Empfehlungen zur geforderten fachlichen Qualifikation der Indizierenden, zu vorausgehenden psychologisch-psychiatrisch diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, zu somatischen Voruntersuchungen und zu Voraussetzungen für eine informierte Zustimmung der Betroffenen.

Folgenden fünf vorliegenden internationalen Leitlinien und Empfehlungen liegt eine transparente Methodik der Leitlinienerstellung zugrunde[5]:

Leitlinien internationaler medizinischer Fachgesellschaften:

- *World Professional Association for Transgender Health (WPATH)* - Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, Version 8. (Coleman et al., 2022a): Weitreichende Einhaltung der NICE-Kriterien, u.a. unabhängiger externer Literatur-Review[6], breite Einbindung ausgewiesener internationaler Expert*innen, strukturiertes Delphi-Verfahren zur Konsensus-Findung (vergleichbar zu S 2k-Niveau der AWMF)
- *Endocrine Society* - Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline (Hembree et al., 2017): Systematische Literaturrecherche und systematisches Literatur-Review, Grading der Empfehlungen nach Stärke der Evidenz, Expertenkonsens und Konsentierung durch mehrere beteiligte Fachgesellschaften (vergleichbar zu S2k-Niveau der AWMF).

Leitlinien nationaler medizinischer Fachgesellschaften:

- *Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP,* Medizinische Fachgesellschaft für Psychiatrie/Kinder- und Jugendpsychiatrie): Recognising and addressing the mental health needs of people experiencing Gender Dysphoria / Gender Incongruence (RANZCP,

[5] Eine methodenkritische Analyse internationaler Leitlinien und Empfehlungen ist ein einem separaten Anhangskapitel dieser Leitliie ausgeführt.

[6] Bei dieser Leitlinie erfolgte der systematische Literatur-Review zur Evidenzlage aller Interventionen im Erwachsenenalter. Für das Kapitel zu Interventionen im Jugendalter gaben die Autor*innen der Leitlinie an, dass es für einen systematischen Review zu wenige Studien gegeben habe, weshalb für dieses Kapitel ein narrativer Review durchgeführt worden sei (Coleman et al., 2022).

2021): Einfache konsensbasierte Praxisempfehlungen einer medizinischen Fachgesellschaft (am ehesten vergleichbar zu S1-Niveau der AWMF).

- *American Pediatric Association* - Ensuring comprehensive care and support for transgender and gender-diverse children and adolescents (Rafferty et al., 2018): Einfache konsensbasierte Praxisempfehlungen einer medizinischen Fachgesellschaft (am ehesten vergleichbar zu S1-Niveau der AWMF)

Die systematischen DELBI-Bewertungen der methodischen Qualität aller gesichteten Leitlinien finden sich in Tabelle 2 des Leitlinienreports (S. 13).

Weitere aktuelle Empfehlungen und Statements

- *Cass Report für den NHS England und Wales (2024):*

Im so genannten *Cass Report* entwickelte eine hierfür berufene Gutachterin im Auftrag des National Health Service England und Wales (NHS) nach umfangreicher Sichtung der aktuellen Evidenzlage Empfehlungen für das Vorgehen hinsichtlich Beratung und Begleitung von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz. Der abschließende Report kommt u.a. zu dem Schluss, dass eine umfassende psychosoziale Unterstützung von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz erforderlich ist. Der Bericht enthält eine Vielzahl von spezifischen Empfehlungen für das englische Versorgungssystem, insbesondere im Hinblick auf die Verminderung von Wartezeiten aufgrund bislang umfangreicher Wartelisten und die Verbesserung der Zugänglichkeit spezifischer Behandlungsmöglichkeiten für Jugendliche mit Geschlechtsinkongruenz. Hinsichtlich Indikationsstellung medizinischer Maßnahmen wird empfohlen, dass Pubertätsblocker nur nach sorgfältiger Abklärung mit individuellem Behandlungsplan und im Rahmen von künftig zu konzipierenden Studien zum Einsatz kommen sollen. Eine Indikationsstellung für geschlechtsangleichende hormonelle Behandlungen wird bei sorgfältiger Begründung und als Teil eines umfassenden individuellen psychosozialen Behandlungsplans bei Minderjährigen nicht vor dem Erreichen eines Alters von 16 Jahren empfohlen. Medizinische Behandlungsindikationen bei Minderjährigen mit Geschlechtsinkongruenz sollten nach diesen Empfehlungen von einem multidisziplinären Team gestellt werden. Minderjährige, die medizinische Behandlungen erhalten, sollten zuvor eine Beratung über fertilitätserhaltende Maßnahmen erhalten (Cass, 2024).

Seit seinem Erscheinen im April 2024 wurde der Cass-Review, in mehreren methodenkritischen Abhandlungen kritisiert (Grijseels, 2024; McNamara et al., 2024; Noone et al., 2024). Neben einer

Reihe von kritisierten methodologischen Unzulänglichkeiten des Cass-Reviews wird darauf hingewiesen, dass sich einige der zentralen Empfehlungen des Berichts nicht aus der berichteten Evidenz herleiten lassen. Hervorzuheben ist die umfassende evidenzbasierte Kritik des Integrity Project an der Yale University am methodischen Vorgehen des Cass Review, die von mehreren Autor*innen mit ausgewiesener Expertise im klinischen Anwendungsfeld erstellt wurde (McNamara et al., 2024). Die Autor*innen kommen zu dem Schluss, dass die Aufarbeitung der verfügbaren Evidenz zum Teil erkennbar selektiv erfolgt sei und einige zentralen Empfehlungen sich nicht auf die berichtete Evidenz stützen lassen (McNamara et al., 2024). Mittlerweile hat die Britsh Medical Association (2024) in einer Presserklärung vom 31.7.2024 diese Kritiken am Cass Review explizit aufgegriffen und empfohlen, dessen Empfehlungen vorerst nicht zu implementieren. Zunächst solle eine Evaluation des Cass Review durch eine eingesetzte Kommission erfolgen.[7]

– *ESCAP Statement (2024)*

In einem Policy Statement der European Society of Child and Adolescent Psychiatry (ESCAP) vom April 2024 (Drobnič Radobuljac et al., 2024) wird aufgrund der aktuell noch unsicheren Evidenzlage ein sorgfältiges und äußerst vorsichtiges Vorgehen im Hinblick auf die Indikationsstellungen für Pubertätsblockaden oder geschlechtsangleichenden Hormonbehandlungen bei Minderjährigen mit Geschlechtsinkongruenz empfohlen. Hierbei seien die Prinzipien des „Nicht-Schadens“ (non-maleficence), des „Wohltuns“ (beneficience) der „Autonomie“ (autonomy) und der „Gerechtigkeit“ (justice) gleichermaßen und ausgewogen zu beachten. Dies bedeutet, dass experimentelle oder veraltete Methoden nicht unkritisch eingesetzt werden sollen, sondern Behandlungen wohlüberlegt und mit sorgsamer Nutzen-Risiko-Abwägung eingesetzt werden sollen. Es soll hierbei auch eine Nutzen-Risiko-Abwägung einer Nicht-Behandlung erfolgen. Psychische Begleitprobleme müssen ausreichend adressiert werden. Die Diagnose einer Geschlechtsinkongruenz soll nicht nur auf der Selbstauskunft, sondern auf einer umfassenden fachgerechten diagnostischen Abklärung beruhen. Kinder und Jugendliche sollen maßgeblich in den Entscheidungsprozess einbezogen sein. Alle Kinder und Jugendlichen sollen Zugang zu umfassenden Informationen sowie Diagnostik- und Behandlungsmöglichkeiten erhalten und die Rechte dieser besonders vulnerablen Gruppe sind zu schützen sowohl in einer Transition als auch in einer möglichen Detransition. Medizinische Behandlungen sollten, wenn möglich, im Rahmen von Studien oder definierten klinischen Protokollen

[7] https://www.bma.org.uk/bma-media-centre/bma-to-undertake-an-evaluation-of-the-cass-review-on-gender-identity-services-for-children-and-young-people

durchgeführt werden und Langzeit-Follow-Up-Untersuchungen werden weiterhin benötigt (Drobnič Radobuljac et al., 2024).

5.1 Standards für die fachliche Qualifikation der Fachperson, welche die Indikation stellt

In den voran erwähnten internationalen Leitlinien werden Kriterien angegeben hinsichtlich der fachlichen Qualifikation der Fachpersonen, welche die Indikation zu einer körpermodifizierenden Behandlung bei Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz stellen sollen. Die aktuelle Leitlinie der *World Professional Association for Transgender Health* fordert eine Fachperson für psychische Gesundheit auf postgraduiertem Niveau mit zusätzlicher Ausbildung und Expertise in der Thematik der Geschlechtsidentitätsentwicklung sowie der Geschlechtsinkongruenz. Für Fachpersonen, die mit geschlechtsdysphorischen Jugendlichen aus dem Autismusspektrum arbeiten, wird zudem eine Expertise in diesem Gebiet oder eine Zusammenarbeit mit Fachpersonen mit spezieller Expertise diesbezüglich gefordert (Coleman et al., 2022a).

In der Leitlinie der *Endocrine Society* wird für die Indikationsstellung ebenfalls eine Fachperson für psychische Gesundheit gefordert, welche Qualifikationen in psychiatrischer Diagnostik aufweist. Zudem werden hier spezifische Kenntnisse in Differentialdiagnostik von Geschlechtsinkongruenz, Kriterien für körpermodifizierende Behandlungen bei Geschlechtsinkongruenz sowie die Fähigkeit zur Einschätzung des reflektierten Verständnisses der Betroffenen bezüglich in Frage kommender Behandlungsmaßnahmen sowie möglicher mit der Behandlung interferierender psychosozialer Umstände verlangt. Zudem wird die regelmäßige Teilnahme an Fortbildungsaktivitäten gefordert (Hembree et al., 2017).

Die Empfehlung des *Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP)* definiert (Kinder- und Jugend-)Psychiater*innen neben anderen *mental health professionals* als geeigente Fachpersonen zur Indikationsstellung (RANZCP, 2021). Es wird auf die notwendige Erfahrung der Behandelnden verwiesen, diese wird aber nicht weitergehend definiert. Es wird darin auch die Wichtigkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit in der Indikationsstellung hervorgehoben.

Die Leitlinie der American Pediatric Association (Rafferty et al., 2018) fordert eine Zusammenarbeit zwischen pädiatrischen bzw. endokrinologischen Fachpersonen mit Fachpersonen der psychischen Gesundheit mit Expertise in Entwicklungspsychologie und Geschlechtsinkongruenz.

5.2 Psychiatrisch-psychotherapeutische diagnostische und therapeutische Maßnahmen

Eine unentbehrliche Grundvoraussetzung für die Indikation von körpermodifizierenden Maßnahmen bei Jugendlichen ist in sämtlichen vorliegenden Leitlinien und narrativen Übersichtsarbeiten das Vorliegen einer diagnostisch gesicherten stabilen/persistierenden Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie. Diese wird meist als *anhaltend* beschrieben, wobei keine Mindestdauer und keine klaren Kriterien für eine Prognose der Persistenz für die Zukunft angegeben werden (Agana et al., 2019; Hembree et al., 2017). In der aktuellen Leitlinie der WPATH wird für die Indikationsstellung einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung aufgrund ihrer partiellen Irreversibilität eine über mehrere Jahre (*„several years“)* andauernde Geschlechtsinkongruenz gefordert:

“Given potential shifts in gender-related experiences and needs during adolescence, it is important to establish the young person has experienced several years of persistent gender diversity/incongruence prior to initiating less reversible treatments such as gender-affirming hormones or surgeries.“ (Coleman et al., 2022a, S. 60).

Für die Indikationsstellung zu einer Pubertätsblockade wird zwar auch ein über einen längeren Zeitraum anhaltendes Erleben im Sinne einer persistierenden Geschlechtsinkongruenz als Voraussetzung für den Beginn einer Behandlung gefordert, gleichwohl wird konstatiert, dass eine Zeitspanne über mehrere Jahre für die Entwicklungsverläufe in der frühen Pubertät aus praktischen Gründen nicht gefordert werden kann und nicht geeignet wäre, die Stressbelastung, die durch das Fortschreiten pubertärer Körperveränderungen entstehen würde, abzuwenden:

“However, in this age group of younger adolescents, several years is not always practical nor necessary given the remise of the treatment as a means to buy time while avoiding distress from irreversible pubertal changes.” (Coleman et al., 2022a, S. 60).

Sowohl in der Definition der Diagnose einer Geschlechtsinkongruenz nach ICD-11 (WHO, 2022) als auch der Diagnose einer Geschlechtsdysphorie nach DSM-5 (APA, 2013) sind nicht-binäre Varianten der Geschlechtsidentität ausdrücklich enthalten. Daher werden in allen neueren Leitlinien auf der Basis dieser Definition junge Menschen mit nicht-binärer Geschlechtsidentität explizit nicht von körpermodifizierenden Behandlungen ausgeschlossen (T’Sjoen et al., 2020).

Übereinstimmend wird in den internationalen Leitlinien und Übersichtsartikeln vor der Indikationsstellung zu einer körpermodifizierenden Maßnahme die Durchführung einer psychologisch-psychiatrischen Diagnostik (*Assessment*) unter Berücksichtigung der psychischen Begleitumstände und

gegebenenfalls koinzident bestehender psychopathologischer Störungsbilder als unverzichtbar gefordert (Agana et al., 2019; Coleman et al., 2022a; Hembree et al., 2017; RANZCP, 2021), wobei teilweise auch explizit die Erfassung von Resilienzfaktoren und Ressourcen hervorgehoben wird (T'Sjoen et al., 2020). Die Empfehlungen des RANZCP (2021) spezifizieren darüber hinaus, dass die Umstände des Erstauftretens der Geschlechtsdysphorie exploriert werden sollten. Es wird in allen Leitlinien bzw. Empfehlungen darauf verwiesen, dass vor Beginn der Behandlung sichergestellt werden muss, dass bei einer diagnostisch gesicherten Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie eine gegebenenfalls bestehende assoziierte psychische Störung fachgerecht diagnostiziert wird und nicht mit der diagnostischen Klarheit hinsichtlich Geschlechtsinkongruenz sowie nicht mit der Durchführung einer körpermodifizierenden Behandlung interferieren sollte. Gegebenenfalls ist die Behandlung an diese Besonderheiten anzupassen.

Wie in Kapitel IV → *„Assoziierte psychische Auffälligkeiten und Gesundheitsprobleme bei Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie"* dargestellt, ist die psychiatrische Morbidität bei Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie hoch. Da bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie eine begleitende Psychopathologie nach den bisherigen klinischen Erfahrungen der an der Leitlinienerstellung beteiligten Expert*innen häufig durch die Begleitumstände der Geschlechtsdysphorie mitbedingt sind (u.a. körperdysphorische Stressbelastung, psychosoziale Probleme im Umfeld durch mangelnde Akzeptanz, Minoritätenstress, Diskriminierungserfahrungen, internalisierte Transnegativität etc.), sind psychische Störungen per se nicht als Kontraindikation für körpermodifizierende Maßnahmen zu sehen.

Ziel der körpermodifizierenden Maßnahmen bei gesicherter Diagnose ist die Linderung des körperdysphorischen und psychischen Leidensdrucks und somit der psychopathologischen Belastung. In aktuellen Leitlinien und Übersichtsartikeln wird deshalb bei Vorliegen einer mit einer diagnostizierten Geschlechtsinkongruenz koinzidenten psychischen Störung empfohlen, dass diese innerhalb eines integrierten Behandlungskonzeptes fachgerecht adressiert und mitbehandelt werden muss, wenn körpermodifizierende Maßnahmen in Betracht gezogen werden (Agana et al., 2019; Coleman et al., 2022a; Hembree et al., 2017; RANZCP, 2021).

Das soziale Umfeld betreffend empfehlen bisherige internationale Leitlinien vor der Indikationsstellung für körpermodifizierende Maßnahmen die Sicherstellung, dass diese Maßnahmen in ausreichendem Maße durch das familiäre oder sonstige soziale Umfeld unterstützt werden. Die in früheren Jahrzehnten noch geforderte begleitende Psychotherapie als obligatorische Voraussetzung für die Indikationsstellung (Möller et al., 2014) ist hingegen in aktuellen internationalen Leitlinien nicht mehr enthalten (Coleman et al., 2022a; Hembree et al., 2017). Die Indikation einer psychotherapeutischen

Begleitung richtet sich im Einzelfall nach dem Bedarf (siehe Empfehlungen Kapitel V → *„Psychotherapie und psychosoziale Interventionen“*).

5.3 Somatische Voruntersuchungen

Betreffend somatischer Voruntersuchungen sollte gemäß vorliegender Leitlinien sichergestellt sein, dass keine somatische Kontraindikation für die jeweilige körpermodifizierende Behandlung vorliegt (Hembree et al., 2017; Rafferty et al., 2018; T'Sjoen et al., 2020). Weitere Empfehlungen hierzu werden im Kapitel VIII → *„Somatische Aspekte hormoneller Interventionen“* ausgeführt.

5.4 Wichtige Inhalte der Aufklärung

Sämtliche vorliegenden Empfehlungen internationaler Leitlinien fordern eine ausführliche Aufklärung der Jugendlichen und ihrer Sorgeberechtigten über die Wirkungsmechanismen und Folgen inklusive möglicher Nebenwirkungen der zur Indikation stehenden körpermodifizierenden Maßnahme (Agana et al., 2019; Coleman et al., 2022a; Hembree et al., 2017; RANZCP, 2021). Empfohlen wird, dass diese Aufklärung insbesondere auch die möglichen Auswirkungen auf Fertilität, Sexualität, Beziehungserleben, Körpererleben und die Auswirkungen jeder Maßnahme auf allfällige weitere geschlechtsangleichende körpermodifizierende Maßnahmen beinhaltet (Coleman et al., 2022b; T'Sjoen et al., 2020). Auch ist dabei auf Unsicherheiten in der Entscheidungsfindung und Evidenzlage hinzuweisen (RANZCP, 2021). Außerdem ist die informierte Entscheidungsfindung und die Fähigkeit zu einer informierten Zustimmung fachgerecht zu dokumentieren (RANZCP, 2021). Hinweise zur Feststellung der Einwilligungsfähigkeit (D)/ Entscheidungsfähigkeit (A)/ Urteilsfähigkeit (CH) sind in dieser Leitlinie in Kapitel X → *„Rechtliche Grundlagen & ethische Maßgaben für die Behandlung Minderjähriger mit Geschlechtsinkongruenz“* erläutert.

6. Empfehlungen zur Indikationsstellung für körpermodifizierende medizinische Maßnahmen

6.1. Grundsätzliches

Bei jeder Indikationsstellung muss der Wunsch der behandlungssuchenden Person individuell geklärt und berücksichtigt werden. Mögliche Vor- und Nachteile der Behandlungen, Informationen über die Prognose und Behandlungsrisiken sind in einem Prozess des *shared decision making* im Dialog mit Behandlungssuchenden und ihren Sorgeberechtigten transparent und nachvollziehbar zu vermitteln (siehe Präambel und Ausführungen zu Behandlungsentscheidungen in Kapitel X → *„Rechtliche Grundlagen & ethische Maßgaben für die Behandlung Minderjähriger mit Geschlechtsinkongruenz*“). Eine umfassende diagnostische Einschätzung hinsichtlich der Persistenz der Geschlechtsinkongruenz ist in einer

Gesamtschau der aktuellen Befunde sowie der auf verschiedenen Ebenen erhobenen Lebensgeschichte unter Einbezug des Umfeldes der betreffenden Jugendlichen vorzunehmen. Eine umfassende psychiatrisch-psychotherapeutische Abklärung inkludiert die Diagnostik möglicher begleitender psychischer Störungen und eine sorgfältige Abklärung der Lebensumstände unter Einbezug relevanter Umfeldfaktoren (siehe hierzu Abschnitt *Diagnostik* in Kapitel IV → *„Assoziierte psychische Auffälligkeiten und Gesundheitsprobleme")*. Indikationsstellungen sollen in interdisziplinärer Zusammenarbeit zwischen psychologischen, psychiatrischen und endokrinologischen sowie in komplexen Fällen medizinethischen Fachpersonen erfolgen und immer eine Risiko-Nutzen-Abwägung von Behandlung versus Nicht-Behandlung im Einzelfall beinhalten. Nicht-medizinische Unterstützungsmöglichkeiten wie Beratung und Psychotherapie sind niederschwellig anzubieten. Entscheidungen für oder gegen medizinische Maßnahmen erfordern einen umfassenden Aufklärungsprozess mit den betroffenen Jugendlichen und deren Sorgeberechtigten über Wirkungen und Risiken der medizinischen Massnahmen inklusive einer Beratung über fertilitätserhaltende Maßnahmen.

Aufgrund der nach wie vor unsicheren wissenschaftlichen Evidenzlage besteht ein hoher Bedarf sowohl an klinischer Verlaufsbeobachtung zur Erweiterung des klinischen Erfahrungswissens als auch an klinischen Outcome- und Beobachtungsstudien über längere Follow-Up-Zeiträume, um die Evidenzlage und die Patientensicherheit stetig verbessern zu können.

Die Leiltinie empfiehlt daher, dass bei körpermodifizierenden medizinischen Maßnahmen im Jugendalter die Behandelnden nach Möglichkeit an klinischen Verlaufsbeobachtungen und Follow-Up-Studien mitwirken bzw. diese unterstützen. Als körpermodifizierende medizinische Maßnahmen werden in dieser Leitlinie alle medizinischen Maßnahmen bezeichnet, welche mittels Hormonblockade, geschlechtsangleichender Hormongabe oder operativen geschlechtsangleichenden Verfahren zur Linderung des geschlechtsdysphorieschen Leidensdruckes bei Menschen mit Geschlechtsinkongruenz eingesetzt werden.

Konsensbasierte Empfehlung:

VII.K0b	Bevor körpermodifizierende medizinische Maßnahmen zur Behandlung einer Geschlechtsinkongruenz bzw. Gechlechtsdysphorie im Jugendalter eingeleitet werden, sollten Behandelnde Patient*innen und ihre Sorgeberechtigten auf die hohe Relevanz einer klinischen Verlaufsbeobachtung in Form einer hierfür geeigneten medizinische Nachsorge hinweisen und diese anbieten.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN):

Die DGPPN spricht sich für einen stärkeren Empfehlungsgrad zur Information über die Relevanz der medizinischen nachsorge bei körpermodifizierenden Maßnahmen aus und schlägt folgende abgeänderte Formulierung vor:

Bevor körpermodifizierende medizinische Maßnahmen zur Behandlung einer Geschlechtsinkongruenz bzw. Gechlechtsdysphorie im Jugendalter eingeleitet werden, **sollen** Behandelnde Patient*innen und ihre Sorgeberechtigten auf die hohe Relevanz einer klinischen Verlaufsbeobachtung in Form einer hierfür geeigneten medizinische Nachsorge hinweisen und diese anbieten.

Begründung siehe Anhang (bzw. *hier*).

Konsensbasierte Empfehlung:

VII.K0c	Sofern längsschnittliche wissenschaftliche Verlaufsbeobachtungen (z.B. Registerstudien) zu körpermodifizierenden medizinischen Maßnahmen bei Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie im Jugendalter verfügbar und für die Patient*innen erreichbar sind, sollten Behandelnde darüber informieren und daran mitwirken, dass den Patient*innen eine Studienteilnahme angeboten wird.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN):

Die DGPPN spricht sich für einen stärkeren Empfehlungsgrad für eine wissenschaftliche Begleitung von körpermodifizierenden Maßnahmen aus, nicht nur in Verlaufsbeobachtungen, sondern auch in klinischen Studien aus und schlägt folgende abgeänderte Formulierung vor:

Sofern **klinische Studien oder** längsschnittliche wissenschaftliche Verlaufsbeobachtungen (z.B. Registerstudien) zu körpermodifizierenden medizinischen Maßnahmen bei Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie im Jugendalter verfügbar und für die Patient*innen erreichbar sind, **sollen** Behandelnde darüber informieren und daran mitwirken, dass den Patient*innen eine Studienteilnahme angeboten wird.

Begründung siehe Anhang (bzw. *hier*).

6.2. Pubertätsblockade

Eine Pubertätsblockade bei Jugendlichen mit diagnostizierter Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie dient vorrangig dazu, vorübergehend zu verhindern, dass die Ausbildung sekundärer Geschlechtsmerkmale (z.B. Brustwachstum, Bart, Stimmwechsel, geschlechtstypische Gesichtszüge, geschlechtstypischer Körperbau etc.) irreversibel fortschreitet. Diese stets nur für einen begrenzten Zeitraum vorgenommene Blockade der fortschreitenden Pubertätsentwicklung dient somit noch nicht einer Geschlechtsangleichung, sondern soll vorerst vorrangig verhindern, dass durch das Fortschreiten der somatosexuellen Reifung der hierdurch bedingte geschlechtsdysphorische Leidensdruck weiter ansteigt. Hierdurch kann ein bestehender geschlechtsdysphorischer Leidensdruck vorübergehend entaktualisiert werden, was wiederum dazu beitragen kann, dass psychische Begleitsymptome wie z.B. Depressivität sich unter einer Pubertätsblockade vorübergehend bessern bzw. sich nicht durch fortschreitende Pubertät verschlechtern, ohne dass sich hierbei die Symptome der Geschlechtsdysphorie messbar reduzieren lassen (de Vries et al., 2011).

Nach weithin anerkannter endokrinologischer Auffassung, die u.a. durch die verfügbare Evidenz für die Anwendung von GnRH-Analoga bei der Pubertas praecox untermauert ist, gilt laut internationaler Leitlinie der Endocrine Society eine vorübergehende Pubertätsblockade im Hinblick auf ihre somatischen Wirkeffekte als vollständig reversibel (Hembree et al., 2017). Dies bedeutet, dass bei Absetzen der Behandlung die weitere genetisch angelegte pubertäre Reifung vollständig erfolgen kann. Entsprechend kann die komplette Entwicklung der sekundären Geschlechtsmerkmale im bei Geburt zugewiesenen Geschlecht mit der durch die Behandlung bedingten zeitlichen Verzögerung nachgeholt werden (Hembree et al., 2017). Mögliche somatische Risiken und Nebenwirkungen sowie das endokrinologische

Management zu deren Minimierung werden in Kapitel VIII → *„Somatische Aspekte hormoneller Interventionen“* ausführlich erläutert. Durch einen möglicherweise ebenfalls verspätet einsetzenden Schluss der Epiphysenfuge sind mögliche Auswirkungen auf die körperliche Endgröße zu berücksichtigen (siehe Kapitel VIII → *„Somatische Aspekten hormoneller Interventionen“).* Gleichwohl sind die möglichen Auswirkungen einer Pubertätsblockade auf die psychosexuelle Entwicklung von geschlechtsinkongruenten Jugendlichen nicht umfassend geklärt.

In den Leitlinien internationaler medizinischer Fachgesellschaften (Coleman et al., 2022a; Hembree et al., 2017) besteht Konsens darüber, dass eine vorübergehende Pubertätsunterdrückung mit GnRH-Analoga bei fachgerechter Indikationsstellung eine medizinisch begründbare Behandlungsoption bei einer mit hoher Wahrscheinlichkeit persistierenden Geschlechtsinkongruenz im Jugendalter darstellt. Hierbei ist für Behandlungsentscheidungen der aktuell verfügbare Evidenzgrad entsprechend den Kriterien des *Oxford Centre for Evidence-Based Medicine* (OCEBM, 2011) nicht höher als Stufe IV anzusiedeln (d.h. Evidenz basierend auf nicht-kontrollierten beschreibenden Kohortenstudien und Fallserien).

Zudem stützt sich die Behandlungsempfehlung insbesondere im Hinblick auf die Patientensicherheit auf die sehr gut untersuchten Wirkmechanismen der Behandlung sowie die langjährigen klinischen Erfahrungen und klinischen Studien zur Pubertätsunterdrückung bei Pubertas Praecox. Der entsprechende Evidenzgrad V nach den OCEBM-Kriterien (OCEBM, 2011) *Reasoning by Mechanism* bzw. *Mechanistic Evidence* (Aronson, 2020; Howick et al., 2009) ist bei endokrinologischen Interventionen wie z.B. Hormonersatztherapien häufig handlungsleitend, insbesondere wenn es in Ermangelung einer ethisch vertretbaren und ebenbürtig wirksamen Behandlungsalternative keine kontrollierten Studien gibt. Der Interim Report des *Cass Review* (2022), der für den National Health Service England (NHS), hebt hervor, dass solange die verfügbare Evidenz aus Verlaufsstudien unsicher ist, ein möglichst breiter und durch strukturierten Austausch als *learning system* angelegter erfahrungsbasierter Expert*innenkonsens als vorläufige Basis für Behandlungsentscheidungen dienen sollte. Eine fachgerechte Behandlungsempfehlung bei komplexen medizinischen Interventionen setzt eine individuelle Abwägung von zu erwartendem Nutzen und zu berücksichtigenden Risiken voraus. Diese müssen mit Patient*in und Sorgeberechtigten eingehend erörtert werden.

Zusammenfassend ist hervorzuheben, dass die Indikationsstellung zu einer Pubertätsblockade eine sorgfältige Einzelfallabwägung unter medizinethischen Aspekten erfordert. In jedem Fall sind die vorgenommenen ethischen Abwägungen hinsichtlich Nutzen und Risiken einer Behandlung ebenso wie der Alternative einer Nicht-Behandlung im Indikationsschreiben aufzuführen. (siehe unter 6.5 in diesem Kapitel → *„Empfohlene Inhalte eines Indikationsschreibens“*).

6.2.1. Angestrebte psychosoziale Effekte einer Pubertätsblockade

Das Rationale der Pubertätsblockade, wie es in aktuellen internationalen Leitlinienempfehlungen der *WPATH*, der *Endocrine Society* sowie der *American Pediatric Association* ausgeführt ist (Coleman et al., 2022a; Hembree et al., 2017; Rafferty et al., 2018), besteht in einem zeitlich befristeten Anhalten einer fortschreitenden und irreversiblen Virilisierung bzw. Feminisierung des körperlichen Erscheinungsbildes. Bei den betroffenen Jugendlichen mit diagnostizierter Geschlechtsinkongruenz kann so ein körperbezogener geschlechtsdysphorischer Leidensdruck entaktualisiert werden bzw. dessen Verstärkung kann aufgehalten werden. Hierdurch soll ein Zeitfenster geschaffen werden, welches mit Hilfe einer professionellen Prozessbegleitung für die Vorbereitung einer hinreichenden Einwilligungsfähigkeit (D)/ Urteilsfähigkeit (CH)/ Entscheidungsfähigkeit (A) im Hinblick auf eine etwaig später gewünschte geschlechtsangleichende Hormonbehandlung genutzt werden kann. Obwohl eine Pubertätsblockade im oben genannten Sinn reversibel ist, kann nicht ausgeschlossen werden, dass mit deren Durchführung die psychosexuelle Entwicklung z.B. durch die Verzögerung von pubertären Hirnreifungsprozessen beeinflusst werden könnte. Dem wird bei der Indikationsstellung u.a. dadurch Rechnung getragen, dass hierfür bereits eine diagnostisch gesicherte *persistierende Geschlechtsinkongruenz im Jugendalter* gefordert wird (s.u. Empfehlungen). Gleichwohl sind die Betroffenen und ihre Sorgeberechtigten auf die unsichere Evidenzlage aus bisherigen Studien hinzuweisen, damit sie dies in ihren Entscheidungsprozess einbeziehen können.

Ein potenzieller Nutzen einer zunächst vorgenommenen Pubertätsblockade kann darin bestehen, dass die Entscheidung für oder gegen den Beginn einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung für einen begrenzten Zeitraum noch aufgeschoben werden kann, ohne dass hierbei das weitere irreversible Fortschreiten einer Virilisierung bzw. Feminisierung des Körpers im Rahmen der genetisch programmierten Reifeentwicklung in Kauf genommen werden muss. Dies lässt die Möglichkeit einer Desistenz der Geschlechtsinkongruenz noch offen, ohne dass im als wahrscheinlich anzunehmenden Falle ihrer Persistenz schwerwiegende Folgen für die körperliche Entwicklung in Kauf genommen werden müssen, die den späteren Leidensdruck erwartbar erhöhen würden. Jugendliche mit einer sehr wahrscheinlichen persistierenden Geschlechtsinkongruenz können dieses Zeitfenster nutzen, um sich über die zeitliche Stabilität/Persistenz oder möglichen Fluidität ihrer empfundenen Geschlechtsidentität sicherer zu werden. Dies impliziert die Möglichkeit, dass im Zuge der weiteren Prozessbegleitung eine begonnene Pubertätsblockade wieder abgesetzt werden kann, wenn sich der oder die betroffene Jugendliche dafür entscheiden sollte, die Transition nicht fortzusetzen und im bei Geburt zugewiesenen Geschlecht oder in einer non-binären Identität ohne geschlechtsangleichende Maßnahmen weiterleben zu wollen. Solche Desistenzverläufe nach Beginn einer Pubertätsblockade sind selten, was aufgrund der strengen Vorgaben für eine Indikationsstellung und der gebotenen Sorgfalt einer vorausgehenden

Prozessbegleitung zu erwarten ist. Sie kommen jedoch vor und werden in vorliegenden Follow-Up-Studien mit der Häufigkeit von 0-4% angegeben (Brik et al., 2020; Coleman et al., 2022).

Fallbeispiel: *Desistenz nach anderthalbjähriger Pubertätsblockade* (Rölver et al., 2022)

Die im weiblichen Geschlecht geborene Alexa stellt sich im Alter von 12 Jahren als Junge unter dem Namen „Claus“ vor. Sie hatte im weiblichen Geschlecht eine unauffällige Kindheit ohne besonders geschlechtstypische oder -atypische Verhaltensweisen durchlaufen. Mit Eintritt der Pubertät im Alter von elfeinhalb Jahren war eine zunehmende geschlechtsdysphorische Symptomatik entstanden mit Ablehnung der weiblichen Körperveränderungen und zunehmend männlichem Identitätserleben. Bei der Erstvorstellung wird eine ausgeprägte depressive Symptomatik berichtet sowie der Wunsch, nach außen als Junge leben zu wollen. Aufgrund der Depression und im weiteren Verlauf hinzukommender Selbstverletzung wird eine hochfrequente Psychotherapie über neun Monate eingeleitet. Während dieser Zeit vollzieht „Claus“ einen vollständigen sozialen Rollenwechsel ins männliche Geschlecht, was in „seinem“ Erleben und in der Wahrnehmung der Eltern zu einer psychischen Stabilisierung mit Rückgang der depressiven Symptomatik beiträgt, wobei die körperbezogene Geschlechtsdysphorie persistiert. Nach einer insgesamt 10-monatigen klinischen Verlaufsbeobachtung wird auf Basis einer nach DSM-5 diagnostizierten Geschlechtsdysphorie in Verbindung mit einer mittelgradigen depressiven Episode nach informierter Zustimmung durch Patient und Eltern eine Pubertätsblockade mit GnRH-Analoga eingeleitet. Dies führt zu einem anhaltenden Rückgang der geschlechtsdysphorischen Stressbelastung. „Claus“ kann über mehrere Monate den Alltag stabil bewältigen. Die ambulante Psychotherapie wird fortgeführt. Nach ca. 18 Monaten unter Pubertätsblockade aggraviert die depressive Symptomatik erneut, was zu einer stationären Aufnahme in unserer Klinik führt. Der knapp 15-jährige „Claus“ äußert, dass „ihn“ die im Raum stehende Entscheidung für eine Testosteronbehandlung in eine Krise gestürzt habe, da diese Behandlung sich für „ihn“ auch „irgendwie falsch“ anfühle. Unter therapeutischer Begleitung wird gemeinsam mit den Eltern entschieden, die Pubertätsblockade abzusetzen. „Claus“ lebt zunächst sozial in der männlichen Rolle unter seinem männlichen Vornamen weiter, setzt sich aber intensiv mit den inneren Prozessen auseinander, die durch die bald darauf einsetzende Menstruation und das fortschreitende Brustwachstum ausgelöst werden. Die ambulante Psychotherapie wird wiederaufgenommen. Anderthalbjahre später, mittlerweile knapp 17 Jahre alt, entscheidet die Jugendliche, wieder den weiblichen Geburtsvornamen „Alexa“ anzunehmen. Gleichzeitig lässt sie sich eine Gestagenpille verschreiben, um die Menses zu unterdrücken, da diese nach wie vor eine große Stressbelastung für sie bedeutet. In der sehr reflektierten Selbstreflexion beschreibt Alexa ihre Identität mittlerweile als non-binär, wobei sie die äußere Erscheinung

ihres weiblichen Körpers akzeptiert. In Rückschau steht sie zu dem beschrittenen Weg einschließlich der Pubertätsblockade und gibt an, sie habe diese Zeit für die eigene Selbstfindung gebraucht.

Eine Pubertätsblockade hält den Fortgang der pubertären somatosexuellen Reifeentwicklung für die Dauer der Behandlung vorübergehend an. Abhängig davon, in welchem Pubertätsstadium eine Behandlung beginnt, verbleiben die Jugendlichen über die Behandlungszeit in einem körperlich frühpubertären Zustand bzw. in dem pubertären Reifezustand, in welchem die Behandlung begonnen wurde. Hieraus können sich psychsoziale Belastungsfaktoren ergeben, wenn der Unterschied zu Gleichaltrigen, die sich in der pubertären Entwicklung befinden, größer wird. Dies ist bei der zeitlichen Planung der Behandlung zu berücksichtigen. Damit an die Stelle des Leidensdruckes aufgrund der hohen Dysphorie in Bezug auf fortschreitende Ausbildung sekundärer Geschlechtsmerkmale nicht ein sekundärer Leidensdruck durch die Diskrepanz zwischen dem starken Wunsch nach einer Pubertät im empfundenen Geschlecht und der realen Situation einer aufgehaltenen Pubertätsentwicklung tritt, bedarf es einer sorgsam abgewogenen zeitlichen Planung, die sowohl die begrenzte Dauer einer Pubertätsblockade, als auch den empfohlenen Zeitpunkt des Beginns einer ggf. nach fachgerechter Indikationsprüfung darauf folgenden geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung betrifft. Häufig benötigen Jugendliche in dieser Zeit soziale oder psychotherapeutische Unterstützung.

Ein Abwarten ohne körpermodifizierende Intervention stellt für das Zeitintervall des Abwartens keine neutrale Option dar (Coleman et al., 2022a; Deutscher Ethikrat, 2020). Durch ein Fortschreiten der somatosexuellen Reifung kann eine erhebliche Aggravation des geschlechtsdysphorischen Leidensdruckes entstehen. Für die fachgerechte Indikationsstellung müssen daher in einem sehr sorgfältigen Prozess die potentiellen Vor- und Nachteile einer Behandlung bzw. ihrer Unterlassung abgewogen werden (Deutscher Ethikrat, 2020).

Die zu berücksichtigenden somatischen Aspekte einer Pubertätsblockade sowie die klinischen Behandlungsrichtlinien für die Durchführung sind im Kapitel VIII → *„Somatische Aspekte hormoneller Interventionen“* dieser Leitlinie dargestellt. Eine Pubertätsblockade erfordert die sorgfältige Indikationsstellung, die in interdisziplinärer Zusammenarbeit psychologischer, psychiatrischer und endokrinologischer Fachpersonen erfolgt.

Konsensbasierte Empfehlung:

VII.K1.	Eine Indikationsstellung zur Pubertätsblockade bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie soll in interdisziplinärer Zusammenarbeit erfolgen. Voraussetzung für diese Indikationsstellung ist eine der Dringlichkeit und Komplexität der Einzelsituation angemessene sorgfältige diagnostische Einschätzung und Abklärung durch eine in der Diagnostik und Behandlung der Gechlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter erfahrene psychiatrisch-psychotherapeutische Fachperson. Der somatische Teil der Indikation soll im Hinblick auf ihre Voraussetzungen (pubertäres Reifestadium, Abwesenheit von somatischen Kontraindikationen etc.) durch eine erfahrene pädiatrisch-endokrinologische Fachperson erfolgen.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Konsensbasierte Empfehlung:

VII.K2.	Die Fachkenntnis der Personen, die den kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutisch-psychotherapeutischen Teil der Indikation für eine Pubertätsblockade bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie stellen, sollte folgende formalen Anforderungen erfüllen: Allgemeine Qualifikationen: Eine der folgenden für das Kindes- und Jugendalter spezifischen Qualifikationen: D: – fachärztliche Gebietsbezeichnung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie – Approbation für Kinder- und Jugendpsychotherapie – fachärztliche Gebietsbezeichnung für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie CH:

	– Fachärzt*in für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Foederatio Medicorum Helveticorum/FMH) – Eidgenössisch anerkannte*r Psychotherapeut*in A: – Fachärzt*in für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Fachärzt*in für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin – Eintragung als Psychotherapeut*in mit Weiterbildung in Säuglings-, Kinder- und Jugendpsychotherapie Oder alternativ bei entsprechend ausgewiesener klinischer Expertise in der Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen: D: – Fachärztliche Gebietsbezeichnung für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie – Approbation für Psychologische Psychotherapie CH: – Facharzttitel Psychiatrie und Psychotherapie (FMH) A: – Fachärzt*in für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, Fachärzt*in für Psychiatrie und Neurologie – Eintragung als Psychotherapeut*in, Eintragung als klinische*r Psycholog*in.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN):

Die DGPPN spricht sich für einen stärkeren Empfehlungsgrad hinsichtlich der notwendigen Qualifikationen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachperson für die Indikationsstllung für eine Pubertätsblockade aus und schlägt folgende abgeänderte Formulierung vor:

Die Fachkenntnis der Personen, die den kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutisch-psychotherapeutischen Teil der Indikation für eine Pubertätsblockade bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie stellen, **soll** folgende formalen Anforderungen erfüllen: *(Auflistung der Qualifikationen gleichlautend)*

Begründung siehe Anhang (bzw. *hier*).

Voraussetzung für die Indikationsstellung für eine Pubertätsblockade ist die Feststellung einer stabilen/persistierenden *Geschlechtsinkongruenz im Jugendalter* entsprechend den diagnostischen Kriterien der ICD 11 (WHO, 2022) mit gleichzeitig bestehendem geschlechtsdysphorischem Leidensdruck. Letzterer kann sich in einer antizipatorischen Angst vor dem Fortschreiten der Feminisierung bzw. Virilisierung des körperlichen Erscheinungsbildes zeigen, ohne dass bereits krankheitswertige psychosoziale Beeinträchtigungen eingetreten sind (s.u.). Zur Beurteilung, inwieweit eine klinisch relevante Geschlechtsdysphorie besteht oder bei Fortschreiten der pubertären Reifung zu erwarten wäre, können die diagnostischen Kriterien der Geschlechtsdysphorie im Jugend- und Erwachsenenalter nach DSM-5 (APA, 2013) zusätzlich herangezogen werden. Eine zweifache Diagnosestellung (d.h. Geschlechtsinkongruenz nach ICD-11 und Geschlechtsdysphorie nach DSM-5) ist hierbei nicht erforderlich. Wenn die Kriterien einer Geschlechtsdysphorie nach DSM-5 zusätzlich erfüllt sind, sollte dies in der klinischen Dokumentation festgehalten werden[8].

Die alleinige Diagnose einer vor Eintritt der Pubertät festgestellten *Geschlechtsinkongruenz im Kindesalter* (ICD-11, HA61) reicht für eine Indikationsstellung nicht aus, da sie im Hinblick auf deren persistierenden oder desistierenden Entwicklungsverlauf nicht hinreichend aussagefähig ist (siehe Kapitel II → *„Variante Entwicklungsverläufe“).* Gleichwohl kann eine bereits in der vorpubertären Entwicklungsvorgeschichte dokumentierte Diagnose einer *Geschlechtsinkongruenz im Kindesalter* zur

[8] Insbesondere für Forschungskontexte empfiehlt es sich aufgrund der internationalen Vergleichbarkeit untersuchter Samples, zu dokumentieren, wie häufig bei Patient*innen mit GI auch eine GD nach DSM-5 diagnostiziert wurde.

Gesamtbeurteilung eines Entwicklungsverlaufes herangezogen werden, um eine Diagnose in einem frühen Pubertätsstadium abzusichern. So ist in der Literatur zu persistierenden vs. desistierenden Entwicklungsverläufen beschrieben, dass bei einer im Kindesalter in Erscheinung getretenen Geschlechtsdysphorie zwar einerseits desistierende Verläufe nach Eintritt der Pubertät häufig sind, andererseits aber in Fällen einer Persistenz diese meist bis zum 13. Lebensjahr unter dem Einfluss der begonnenen Reifeentwicklung deutlich wird (Steensma et al., 2011, 2013 siehe Kapitel II → *„Variante Entwicklungsverläufe“*).

Abbildung 5

Diagnosekriterien für Geschlechtsinkongruenz im Jugend- und Erwachsenenalter (HA60/ICD-11, WHO, 2022)

Eine Geschlechtsinkongruenz im Jugend- und Erwachsenenalter ist gekennzeichnet durch:

- eine *ausgeprägte und [zeitlich überdauernd] anhaltende Inkongruenz* zwischen dem empfundenen Geschlecht einer Person und dem zugewiesenen Geschlecht, die oft zu dem *Wunsch nach einer "Transition"* führt, *um als eine Person des erlebten Geschlechts zu leben und akzeptiert zu werden*, und zwar durch eine Hormonbehandlung, einen chirurgischen Eingriff oder andere Gesundheitsdienstleistungen, um den Körper der Person *so weit wie möglich und gewünscht an das erlebte Geschlecht anzupassen*.

Die Diagnose kann nicht vor dem Einsetzen der Pubertät gestellt werden.

Geschlechtsvariante Verhaltensweisen und Vorlieben allein sind keine Grundlage für die Zuweisung der Diagnose.

Abbildung 6

Diagnosekriterien für Geschlechtsinkongruenz im Kindesalter (HA61/ICD-11, WHO, 2022)

Eine Geschlechtsinkongruenz im Kindesalter ist durch eine *ausgeprägte Inkongruenz* zwischen dem erlebten/ausgedrückten Geschlecht einer Person und dem zugewiesenen Geschlecht bei vorpubertären Kindern gekennzeichnet. Dazu gehören:

- der starke Wunsch, ein anderes als das zugewiesene Geschlecht zu sein,
- eine starke Abneigung des Kindes gegenüber seiner sexuellen Anatomie oder den erwarteten sekundären Geschlechtsmerkmalen und/oder ein starker Wunsch nach den primären und/oder erwarteten sekundären Geschlechtsmerkmalen, die dem erlebten Geschlecht entsprechen,
- sowie Fantasiespiele, Spielzeug, Spiele oder Aktivitäten und Spielkameraden, die typisch für das erlebte Geschlecht und nicht für das zugewiesene Geschlecht sind.

Die Inkongruenz muss *seit etwa 2 Jahren* bestehen. Geschlechtsvariante Verhaltensweisen und Vorlieben allein sind keine Grundlage für die Zuweisung der Diagnose.

Abbildung 7

Diagnostische Kriterien der Geschlechtsdysphorie im Jugend- und Erwachsenenalter nach DSM 5 (APA, 2013, S. 621)

A. Eine *seit mindestens 6 Monaten* bestehende ausgeprägte Diskrepanz zwischen Gender und Zuweisungsgeschlecht, wobei *mindestens zwei der folgenden Kriterien* erfüllt sein müssen:

1. Ausgeprägte Diskrepanz zwischen Gender und den primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmalen (oder, bei Jugendlichen, den erwarteten sekundären Geschlechtsmerkmalen).
2. Ausgeprägtes Verlangen, die eigenen primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmale loszuwerden (oder, bei Jugendlichen, das Verlangen, die Entwicklung der erwarteten sekundären Geschlechtsmerkmale zu verhindern).
3. Ausgeprägtes Verlangen nach den primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmalen des anderen Geschlechts.
4. Ausgeprägtes Verlangen, dem anderen Geschlecht anzugehören (oder einem alternativen Gender, das sich vom Zuweisungsgeschlecht unterscheidet).
5. Ausgeprägtes Verlangen danach, wie das andere Geschlecht behandelt zu werden (oder wie ein alternatives Gender, das sich vom Zuweisungsgeschlecht unterscheidet).
6. Ausgeprägte Überzeugung, die typischen Gefühle und Reaktionsweisen des anderen Geschlechts aufzuweisen (oder die eines alternativen Gender, das sich vom Zuweisungsgeschlecht unterscheidet).

B. Klinisch relevantes Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Bei Jugendlichen, die sich noch in einem frühen Stadium der Pubertät befinden, kann sich die Feststellung eines geschlechtsdysphorischen Leidensdrucks vorwiegend auf eine geäußerte antizipatorische Angst vor einer fortschreitenden Virilisierung bzw. Feminisierung des körperlichen Erscheinungsbildes beziehen, die als nicht zum empfundenen eigenen Geschlecht passend erlebt und abgelehnt wird. Ein solcher vorwiegend antizipatorischer Stress ist insbesondere typisch für Jugendliche, die bereits in der Kindheit einen sozialen Rollenwechsel vollzogen haben und mit hoher sozialer Zufriedenheit und Akzeptanz in ihrem empfundenen Geschlecht leben und demzufolge keinen Anlass mehr für ein leidvolles Störempfinden gegenüber der ihnen bei Geburt zugewiesenen sozialen Geschlechtsrolle haben. In solchen Fällen wäre es nach Auffassung der überwiegenden Mehrheit der an

der Leitlinienerstellung beteiligten Expert*innen unethisch und mit dem ethischen Prinzip des „Nicht-Schadens“ unvereinbar, bei einer aktuell psychosozial nicht wesentlich beeinträchtigten jugendlichen Person den Verlauf der pubertären Reifeentwicklung so lange abzuwarten, bis aktuell ein „hinreichend krankheitswertiger“ körperdysphorischer Leidensdruck mit eingetretenen psychischen Beeinträchtigungen festgestellt werden kann.

In diesen Fällen kann sich ein zunehmender geschlechtsdysphorischer Leidensdruck bereits im Verlauf des Pubertätseintritts ab einem Tanner Stadium 2 zeigen, in welchem frühestens die Indikation für eine Pubertätsblockade gestellt werden kann. Bei Fällen, in welchen eine Geschlechtsinkongruenz bzw. ein geschlechtsdysphorischer Leidensdruck erstmalig im Laufe der Pubertät auftritt, ist meist eine längere klinische Verlaufsbeobachtung für die Indikationsstellung erforderlich, um den gesamten Entwicklungsverlauf im Hinblick auf die Persistenz der geschlechtsdysphorischen Symptomatik hinreichend einschätzen zu können.

Empirisch validierte Einzelkriterien für die Feststellung einer dauerhaften Stabilität/Persistenz der Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie liegen nach der von uns gesichteten Studienlage nicht vor. Es obliegt also der psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachperson mit Erfahrung in der Exploration diverser Geschlechtsidentitätsentwicklungen von Kindern und Jugendlichen, im gemeinsamen Gespräch mit den Betroffenen und den Sorgeberechtigten eine individuelle Einschätzung und Prognose aus dem Gesamtbild vorliegender psychischer Befunde, der Schilderungen und Reflexionen der Betroffenen und deren Lebensgeschichte zu erarbeiten.

Dies erfordert üblicherweise eine diagnostisch-explorative Prozessbegleitung über mehrere Monate unter sorgfältiger Erhebung aller Befunde. Für die psychiatrisch-psychotherapeutische Fachperson ist hierbei neben Erfahrung in der diagnostischen Einschätzung von Geschlechtsinkongruenz und möglichen begleitenden psychischen Störungen insbesondere eine umfassende Kenntnis der Variationsbreite von diesbezüglichen Entwicklungsverläufen wichtig. Dies schließt die Kenntnis über Verläufe ein, die mit Desistenz einer Geschlechtsdysphorie im Laufe des Jugendalters oder mit späterer Detransition nach vollzogener Transition einhergehen (siehe Kapitel II → *„Variante Entwicklungsverläufe“*).

Konsensbasierte Empfehlung:

VII.K3.	Voraussetzung für die Indikation einer Pubertätsblockade soll das Vorliegen einer stabilen/persistierenden Geschlechtsinkongruenz (GI, nach den diagnostischen Kriterien der GI im Jugendalter/ ICD-11 HA60) mit nach Pubertätseintritt entstandenem oder verstärktem geschlechtsdysphorischen Leidensdruck sein. Die sorgfältige diagnostische Einschätzung und Abklärung soll in Zusammenarbeit der in der Diagnostik und Behandlung der Gechlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter erfahrenen psychiatrisch-psychotherapeutische Fachperson mit den Patient*innen und ihren Sorgeberechtigten/Bezugspersonen anhand der Exploration der psychischen Befunde und der Lebensgeschichte erfolgen.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Wie in der Präambel dieser Leitlinie ausgeführt, setzt die Indikation für eine Pubertätsblockade eine individelle Nutzen-Risiken-Abwägung einer Behandlung ebenso wie einer Nicht-Behandlung bzw. eines weiteren Aufschiebens der Behandlung voraus. Hierbei sind u.a. auch die zu erwartenden Effekte der spontan verlaufenden Pubertät (ggf. Aggravierung des geschlechtsdysphorischen Leidensdrucks durch nicht der Geschlechtsidentität entsprechende Körpermerkmale) gegenüber den Risiken einer Behandlung (Nebenwirkungsproffil und Folgen im Falle einer Detransition) abzuwägen.

Konsensbasierte Empfehlung:

VII.K3a.	Die Begründung für die Indikation einer Pubertätsblockade soll eine ethisch reflektierte auf den Einzelfall bezogene Nutzen-Risiko-Abwägung enthalten, sowohl der vorgesehenen Behandlung, als auch des Nicht-Einleitens dieser Behandlung bzw. eines Abwartens bis zu einem späteren Zeitpunkt.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Bei Hinweisen auf psychopathologische Auffälligkeiten sind die in Kapitel IV → *„Assoziierte psychische Auffälligkeiten und Gesundheitsprobleme bei Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie“* ausgeführten Empfehlungen zum diagnostischen Vorgehen zu beachten, insbesondere, um keine behandlungsbedürftige psychische Störung zu übersehen,

deren Symptomatik mit geschlechtsdysphorischen Symptomen überlappen oder interferieren könnte. Dies kann die für eine Indikationsstellung erforderliche diagnostische Klarheit erschweren, was im Einzelfall zu längeren diagnostischen Prozessbegleitungen führen kann.

6.2.2. Sonderfall: Einleitung einer Pubertätsblockade mit hoher zeitlicher Dringlichkeit

In der Versorgungspraxis kann insbesondere bei einer Geschlechtsinkongruenz und hohem geschlechtsdysphorischem Leidensdruck in den frühen Stadien der Pubertätsentwicklung ein hoher Zeitdruck für die Betroffenen entstehen, der einen entsprechend verstärkten Handlungsdruck erzeugt. Nach Pubertätseintritt kann bei Betroffenen das Fortschreiten irreversibler Körperveränderungen mit lebenslangen Auswirkungen auf die Körperdysphorie und Lebensqualität (z.B. männlicher Stimmwechsel, weibliches Brustwachstum) verbunden sein, so dass oftmals eine zeitnahe Intervention indiziert ist. In diesen Fällen wären lange Wartezeiten (z.B. von mehr als 6 Monaten) für einen Termin zur kinder- und jugendpsychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Indikationsprüfung medizinisch nicht vertretbar. In diesen Situationen ist ein zeitnaher Zugang zu psychologisch-psychiatrischer Abklärung und Unterstützung sowie der erforderlichen Abklärungsschritte hinsichtlich medizinischer Behandlungen mitunter unter Umgehung der Wartelisten wichtig. Ein vermeidbarer zusätzlicher gesundheitlicher Schaden, der durch lange Wartezeiten auf kinder- und jugendpsychiatrische Abklärungen entstehen würde, ist so zu vermeiden.

Konsensbasierte Empfehlung:

VII.K4.	Wenn in Einzelfällen durch die fortschreitende pubertäre Reifeentwicklung ein Zeitdruck entsteht, bei dem zur Abwendung irreversibler Körperveränderungen (z.B. männlicher Stimmwechsel) durch längere Wartezeiten ein gesundheitlicher Schaden zu erwarten wäre, soll ein möglichst zeitnaher Zugang zu kinder- und jugendpsychiatrischer bzw. psychotherapeutischer Abklärung und medizinischen Behandlungsmöglichkeiten gewährt werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Sondervotum Bundesvereinigung Trans*, Trans-Kinder-Netz e.V. und Verband für lesbische, schwule, bisexuelle, trans*, intersexuelle und queere Menschen in der Psychologie e.V.:

Die drei genannten Organisationen möchten den Wortlaut der Empfehlung, wie sie in der ursprünglichen Entwurfsfassung der Leitlinie vor Beginn der Konsultationsphase formuliert war, wie folgt unverändert belassen:

„In Einzelfällen kann durch die fortschreitende pubertäre Reifeentwicklung ein Zeitdruck entstehen, bei dem zur Abwendung irreversibler Körperveränderungen (z.B. männlicher Stimmwechsel, weibliches Brustwachstum) von Seiten der pädiatrisch-endokrinologischen Fachperson eine Pubertätsblockade aufgrund ihrer Dringlichkeit mit vorläufiger Indikationsstellung zeitnah eingeleitet werden kann, wenn die Durchführung einer kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutischen (KJP-) Prozessbegleitung für eine Indikationsstellung eine nicht vertretbare Verzögerung bedeuten würde. In einem so begründeten Fall sollte eine diagnostische KJP-Prozessbegleitung zur Absicherung der Indikation zeitnah nachgeholt werden.“

Begründung siehe Anhang (bzw. *hier*).

6.2.3. Bedeutung der sexuellen Orientierung und nicht-binärer Selbstbeschreibungen

Sowohl bei der sexuellen Orientierung als auch bei der geschlechtlichen Identität sind fluide Entwicklungsverläufe im Jugendalter möglich. Einem transgeschlechtlichen Coming-Out kann eine vorübergehende homosexuelle Erkundung („Ausprobieren“) vorausgegangen sein und umgekehrt. Nach den klinischen Beobachtungen der an der Leitlinienerstellung beteiligten Expert*innen sind viele der jugendlichen Patient*innen mit Geschlechtsinkongruenz zur Frage ihrer sexuellen Orientierung in ihrer Selbstauskunft sehr differenziert („das eine hat mit dem anderen für mich nichts zu tun“). Zudem bestehen meist wenig Berührungsängste mit homo- oder bisexuellen Orientierungen, was eine bisweilen ins Feld geführte Hypothese, es könne sich bei einer vermeintlich transgeschlechtlichen Identifizierung Jugendlicher um eine Erscheinungsform „abgewehrter Homosexualität“ handeln, relativiert. Ferner wurde in Erhebungen mit erwachsenen trans Personen berichtet, dass nur eine Minderheit eine im empfundenen Geschlecht eindeutige heterosexuelle Orientierung („straight“) angab, wohingegen die meisten befragten trans Personen eine sexuelle Orientierung innerhalb des Spektrums queer, bisexuell oder fluide angaben (Katz-Wise et al., 2016).

Die sexuelle Orientierung ist bei Vorliegen einer Geschlechtsinkongruenz für die Indikationsstellung zu körpermodifizierenden Maßnahmen daher nicht wegweisend. Jegliche

Ungleichbehandlung von Patient*innen in Abhängigkeit von ihrer sexuellen Orientierung wäre unethisch und diskriminierend. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass bei einzelnen Jugendlichen, die sich z. B. in einer allgemeinen adoleszenten Reifungskrise befinden, die berichtete sexuelle Orientierung und die geschlechtliche Identität in einer Weise interferieren, die die Feststellung einer persistierenden Geschlechtsinkongruenz erschwert. Daher ist die Exploration der gesamten psychosexuellen Entwicklung als Teil eines diagnostischen Prozesses für die Indikationsstellung bedeutsam.

Jugendliche mit nicht-binärer Geschlechtsidentität benötigen nur in sehr seltenen Ausnahmefällen eine pubertätsblockierende Behandlung. Dies kann z.B. der Fall sein, wenn ein anhaltend hoher körperdysphorischer Leidensdruck im Hinblick auf die Ausbildung sekundärer Geschlechtsmerkmale besteht, der sich in der klinischen Ausprägung nicht von Fällen mit binär-transgeschlechtlichem Empfinden unterscheidet. Wie im Kapitel V → *„Psychotherapie und psychosoziale Interventionen“* ausgeführt, kann eine vertiefende Selbsterkundung unter Einschluss eines *non-binären Rollenverständnisses* und einer non-binären *Geschlechtsidentität vor Beginn einer geschlechtsangleichenden körpermodifizierenden Behandlung* eine wichtige Erfahrung sein, die das Risiko einer späteren Detransition reduzieren kann. Jugendliche und ihre Sorgeberechtigten sind darüber zu informieren, dass eine Pubertätsblockade nur dem vorübergehenden Anhalten der pubertären Reifentwicklung dienen kann. Eine psychotherapeutisch begleitete und zeitlich begrenzte Pubertätsblockade kann bei Jugendlichen mit non-binärer Sebstbeschreibung und hohem geschlechtsdysphorischem Leidensdruck als verlaufsoffener Prozess genutzt werden, an dessen Ende eine reflektierte Klärung erfolgen kann im Hinblick auf eine sich anschließende geschlechtsangleichende Hormonbehandlung oder das Durchlaufen der Pubertät mit körpereigenen Hormonen.

Konsensbasierte Empfehlung:

VII.K5.	Die Indikationsstellung für eine Pubertätsblockade bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie sollte unabhängig von einem binären Zugehörigkeitsempfinden zu einem bestimmten Geschlecht und unabhängig von der sexuellen Orientierung getroffen werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Sondervotum der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft (DPG):

„Die Indikationsstellung für eine Pubertätsblockade bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie sollte unabhängig von der sexuellen Orientierung getroffen werden.“

Dieses Sondervotum, bei der Empfehlung den Bezug zu einem binären Zugehörigkeitsempfinden wegzulassen, wurde gleichlautend auch bei den entsprechenden Empfehlungen zu geschlechtsangleichenden Hormonbehandlungen (VII.K15) und chirurgischen Eingriffen abgegeben.

Begründung siehe Anhang (bzw. *hier*).

Der Wissensstand zu Entwicklungsverläufen von geschlechtsinkongruenten bzw. geschlechtsdysphorischen Kindern ins Jugend- und Erwachsenenalter ist im Kapitel II → *„Variante Entwicklungsverläufe“* dieser Leitlinie dargestellt. Nicht bei allen Kindern, die vor Eintritt der Pubertät Symptome einer Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie berichten, bleibt diese über die Pubertät hinaus bestehen. Bei den bisher untersuchten Stichproben von Jugendlichen mit bereits begonnener oder fortgeschrittener Pubertät, welche nach fachgerechter Indikationsstellung mit einer Pubertätsblockade behandelt wurden, zeigt sich jedoch, dass nur sehr wenige Jugendliche diese Behandlung später wieder absetzen, und die überwiegende Mehrzahl im weiteren Verlauf geschlechtsangleichende Interventionen wünscht (Brik et al., 2020; de Vries et al., 2011, 2014; Khatchadourian et al., 2014). Dies entspricht der Erwartung insofern, als dass an dem Behandlungszentrum, an dem diese Studien durchgeführt wurden, jeder Indikationsstellung eine fachgerechte Prozessbegleitung vorausging und u.a. die Diagnose einer mit hoher Wahrscheinlichkeit persistierenden Geschlechtsinkongruenz im Jugendalter ein definiertes Eingangskriterium für die Indikationsstellung war (s.o.).

Betroffene Jugendliche und ihre Sorgeberechtigten sind über verschiedene Verläufe von geschlechtsinkongruenten und geschlechtsdysphorischen Entwicklungen bei Kindern und Jugendlichen umfassend zu informieren. Hierzu gehört auch die Information, dass sich gemäß bisheriger Beobachtungen an den meisten spezialisierten Behandlungszentren nach einer begonnenen Pubertätsblockade die weit überwiegende Zahl der Betroffenen für eine Behandlung mit geschlechtsangleichenden Hormonen entscheidet. Gleichwohl ist darüber zu informieren, dass mit der Entscheidung für eine Pubertätsblockade keine Festlegung auf eine spätere geschlechtsangleichende Hormonbehandlung verbunden sein muss, sondern im Falle einer späteren Desistenz ein vollständiges Nachholen der Geschlechtsreifung im bei Geburt zugewiesenen Geschlecht ohne gravierende medizinische Nachteile möglich wäre.

Insofern kann die befristete Pubertätsblockade als ein im Zeitrahmen vertretbares vorübergehendes „Moratorium“ zum Schutz vor fortschreitenden irreversiblen Körperveränderungen genutzt werden. Das so gewonnene Zeitfenster kann dazu dienen, eine in ihrer Tragweite ungleich schwerer wiegende Entscheidung für oder gegen eine hormonelle Angleichung angemessen vorzubereiten.

6.2.4. Möglicher Beginn einer Pubertätsblockade

Aufgrund der im Kapitel II → *„Variante Entwicklungsverläufe“* dargestellten Evidenzlage wird bislang von allen bisherigen Leitlinienempfehlungen einhellig gefordert, dass eine Pubertätsblockade nicht vor dem Eintreten der Pubertät erfolgen sollte, um den Entwicklungsaspekt der Geschlechtsidentität im Rahmen der Frühpubertät zu berücksichtigen. Sämtliche eingangs dieses Kapitels referierten Originalstudien zu den Auswirkungen einer Pubertätsblockade auf Jugendliche mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie wurden mit dem Indikationskriterium einer bereits begonnenen Pubertät von mindestens Tanner-Stadium 2 durchgeführt. Ein früherer Beginn einer Pubertätsblockade bei vorpubertären Kindern wird generell nicht empfohlen.

Neuere Leitlinien beschränken sich auf die Empfehlung des Pubertätsstadiums Tanner 2 als untere Grenze für eine Indikationsstellung (Coleman et al., 2022a; Hembree et al., 2017). Auch in späteren Pubertätsstadien kann bei entsprechendem Wunsch der Behandlungssuchenden eine Pubertätsblockade sinnvoll sein, wenn eine ausgeprägte Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie besteht, wenn die weitere Ausbildung sekundärer Geschlechtsmerkmale vorerst verhindert werden soll, und wenn die betroffenen Jugendlichen bzw. deren Umfeld noch nicht für eine geschlechtsangleichende Behandlung bereit oder entschieden sind oder deren Indikationsstellung aus anderen Gründen noch verfrüht erscheint.

Konsensbasierte Empfehlung:

VII.K6.	Die Indikation für eine Pubertätsblockade bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie soll nicht vor dem Tanner-Stadium 2 gestellt werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Konsensbasierte Empfehlung:

VII.K7.	Die Indikation für eine Pubertätsblockade kann bei entsprechendem Wunsch auch in einem späteren Pubertätsstadium gestellt werden. Dies kann bei noch nicht bestehender Indikation für eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung zum Gewinnen von Zeit für die Entscheidung für oder gegen weitere Behandlungsschritte und zur Minderung des Leidensdrucks sinnvoll sein.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Es gibt keine Evidenz zur Frage, ob einer Pubertätsblockade eine soziale Transition der Betroffenen vorausgehen sollte. In bisherigen Leitlinien wird eine anhaltende Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie gefordert, wobei die soziale Umsetzung in Form einer Transition hierbei nicht explizit erwähnt wird (Agana et al., 2019; Hembree et al., 2017).

Ob eine soziale Transition bei Kindern und Jugendlichen stattfindet oder nicht, hängt nicht nur mit dem Ausmaß der Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie, sondern auch mit der Akzeptanz einer solchen Transition durch das familiäre und schulische Umfeld zusammen. In der klinischen Erfahrung der an der Leitlinienerstellung beteiligten Expert*innen zeigen sich häufig Fälle, in denen zwar eine starke und lang bestehende Geschlechtsinkongruenz mit starker körperbezogenen Geschlechtsdysphorie vorliegt, eine soziale Transition jedoch trotz diesbezüglichem Wunsch noch nicht umgesetzt werden konnte. In diesen Fällen besteht häufig der Wunsch nach einer Pubertätsblockade, um Zeit zu gewinnen, sich über die Möglichkeiten einer sozialen Transition zu informieren und sich bezüglich einer Umsetzung der sozialen Transition beraten zu lassen, ohne sich in dieser Zeit körperlich in eine nicht gewünschte Richtung zu verändern, was eine spätere soziale Transition noch weiter erschweren würde.

Konsensbasierte Empfehlung:

VII.K8.	Ein bereits begonnener oder vollzogener sozialer Rollenwechsel sollte bei der Indikationsstellung für eine Pubertätsblockade nicht als ein notwendiges Kriterium gelten.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

6.2.5. Diagnostik und Behandlung assoziierter oder koinzidenter psychischer Störungen

Aufgrund der Häufigkeit von assoziierten psychischen Störungen bei Jugendlichen, bei denen eine Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie diagnostiziert wird, sollten gegebenenfalls bestehende koinzidente psychische Störungen diagnostiziert und bei Bedarf behandelt werden. Eine genaue Darstellung der mit Geschlechtsinkongruenz bei Kindern und Jugendlichen häufig assoziierten psychischen Störungen und deren Berücksichtigung in einem individualisierten integrierten Störungsmodell einschließlich differentialdiagnostischer Überlegungen findet sich in Kapitel IV → *„Assoziierte psychische Auffälligkeiten und Gesundheitsprobleme bei Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie“.*

Es gibt assoziierte Störungsbilder, denen im Rahmen der Indikationsstellung für eine körpermodifizierende Maßnahme zur Behandlung einer Geschlechtsinkongruenz besondere Aufmerksamkeit zu widmen ist. Diese Störungsbilder sind insofern nicht als Differentialdiagnosen im klassischen medizinischen Sinne zu verstehen, als ihr Vorliegen weder die Schlussfolgerung erlaubt, dass keine persistierende Geschlechtsinkongruenz vorliegt, noch per se eine relative oder gar absolute Kontraindikation für die Indikationsstellung zu körpermodifizierenden Maßnahmen begründet. Nach der überwiegenden klinischen Erfahrung der an dieser Leitlinie beteiligten klinischen Expert*innen können diese Störungsbilder aber in vielfältiger Weise mit der Indikationsstellung interferieren und damit längere diagnostische Klärungsprozesse zur Vorbereitung einer Indikationsstellung erforderlich machen.

Wie in Kapitel IV → *„Assoziierte psychische Auffälligkeiten und Gesundheitsprobleme bei Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie“* ausgeführt, können diese je nach Einzelfallkonstellation

- bei der Entstehung einer Gender-Unzufridenheit mit geschlechtsdysphorie-ähnlicher Symptomatik, die *nicht* auf einer dauerhaften Geschlechtsinkongruenz beruht, eine Rolle spielen,
- unabhängig von einer Geschlechtsinkongruenz begleitend auftreten,
- als Folgeerscheinung der Geschlechtsinkongruenz und der durch diese bedingten erhöhten psychischen Belastungen entstehen,
- in komplexe Wechselwirkung mit der Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie treten.

Tabelle 5

Bei der Diagnostik der Geschlechtsinkongruenz vor einer Indikationsstellung für medizinische Maßnahmen zu berücksichtigende mögliche assoziierte Konditionen und Störungsbilder

Depressive Störungen
Störungen mit sozialer Ängstlichkeit
Syndrome mit selbstverletzendem Verhalten
Essstörungen
Persönlichkeitsstörungen (insbesondere mit Identitätsdiffusion oder Selbstunsicherheit)
Adoleszente Reifungskrisen
Autismus-Spektrum-Störungen

Eine Sonderrolle nehmen die Autismusspektrumsstörungen ein, da bei diesen eine reaktive Entstehung als Folgeerscheinung einer Geschlechtsinkongruenz grundsätzlich nicht in Betracht zu ziehen ist. Eine fachgerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Diagnostik und Behandlung unter Einbezug der Familie kann bei Jugendlichen mit assoziierten psychischen Störungen essenziell sein für einen positiven Verlauf der körpermodifizierenden Behandlung und der weiteren psychosozialen Entwicklung. Hierfür ist im Einzelfall ein integrierter Behandlungsplan zu erstellen. Da jedoch nicht alle Kinder und Jugendlichen mit einer diagnostizierten Geschlechtsinkongruenz von psychischen Störungen betroffen sind, soll der Bedarf individuell eingeschätzt werden. Voraussetzung für eine pubertätsaufhaltende Behandlung ist jedoch in jedem Falle eine eingehende kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutische Diagnostik, um sicher zu stellen, dass bestehende Störungen fachgerecht erkannt und ggf. behandelt werden und nicht mit der körpermodifizierenden Behandlung interferieren. Eine mögliche Interferenz zwischen einer diagnostizierten oder vermuteten Geschlechtsinkongruenz und einer assoziierten anderweitigen psychischen Störung kann sich vielfältig bemerkbar machen und auswirken. So kann eine assoziierte psychische Störung u.a. (siehe → Kapitel IV *Assoziierte psychische Auffälligkeiten)*:

- die diagnostische Klarheit bei der Einschätzung geschlechtsdysphorischer Symptome beeinträchtigen,
- sich auf die Durchführbarkeit empfohlener sozialer Rollenerprobungen zur Vorbereitung einer körpermodifizierenden Behandlung auswirken (z.B. soziale Phobie mit Schulabsentismus),
- sich auf das anzustrebende Timing bei geplanten Interventionen auswirken (z.B. anorektiforme Essstörung mit Notwendigkeit einer Gewichtsrehabilitation vor hormonellen Interventionen),

- die für eine körpermodifizierende Behandlung hinreichende psychosoziale Stabilität und medizinische Behandlungscompliance beeinträchtigen (z.B. Patient*innen mit wiederholter akutpsychiatrischer Aufnahme bei Borderline-Persönlichkeitsstörung),
- die Einwilligungsfähigkeit/Urteilsfähigkeit/Entscheidungsfähigkeit im Hinblick auf für körpermodifizierende Maßnahmen beeinträchtigen (z.B. akute psychische Krise mit eingeengter Sicht auf aktuelle Stressoren).

Gegebenenfalls ist gemeinsam mit den betroffenen Jugendlichen ein individualisiertes Störungsmodell (s.o.) zu erarbeiten, welches mögliche Wechselwirkungen zwischen geschlechtsdysphorischem Leidensdruck und der koinzidenten psychischen Störung (z.B. Depression, selbstverletzendes Verhalten, Sozialphobie oder Essstörung) umfasst. In einem integrierten Behandlungsplan ist bei Vorliegen von assoziierten psychischen Störungen die Indikationsstellung für eine pubertätsaufhaltende Behandlung zur Entaktualisierung des geschlechtsdysphorischen Leidensdrucks mit geeigneten psychosozialen und psychotherapeutischen Interventionen zu verbinden bzw. in diese einzubetten.

In folgender Auflistung sind die wichtigen Schritte des Vorgehens bei assoziierten Störungsbildern zusammengefasst.

Tabelle 6

Vorgehen bei Hinweisen auf assoziierte psychische Störungen

1. Einleiten einer leitliniengerechten Diagnostik bezogen auf das jeweilige Störungsbild.
2. Prüfen, ob unabhängig von einer Geschlechtsinkongruenz ein Behandlungsbedarf besteht.
3. Dialogische Entwicklung eines individualisierten Störungsmodells zur Symptomgenese und möglichen Interdependenz zwischen geschlechtsdysphorischem Erleben und assoziierter psychischer Störung.
4. Diagnostische Einschätzung, inwieweit die assoziierte Störung mit notwendigen Voraussetzungen einer Indikationsstellung interferiert (z.B. mit diagnostischer Klarheit, Einwilligungsfähigkeit oder Durchführbarkeit einer medizinischen Maßnahme).
5. Planen des weiteren Vorgehens unter Berücksichtigung der Punkte 1.-4. (z.B. verlängerte Prozessbegleitung zur Klärung der Voraussetzungen für eine Indikationsstellung, Hinzuziehung externer Expertise oder Indikation für Beginn einer körpermodifizierenden Behandlung parallel zur Behandlung der assoziierten Störung).

6.2.6. Wichtige Aspekte der Aufklärung

Jugendliche Patient*innen und ihre Sorgeberechtigten sind über die Wirkungsmechanismen und Folgen einer Pubertätsblockade inklusive möglicher Nebenwirkungen aufzuklären. Hierzu gehören insbesondere mögliche Auswirkungen auf Sexualität, Fertilität, spätere geschlechtsangleichende Maßnahmen wie Genitaloperationen, Beziehungserleben und Körpererleben (siehe Ausführungen hierzu im Kapitel VIII → *„Somatische Aspekte hormoneller Interventionen"*). Ebenso ist auf die zugänglichen Möglichkeiten der Fertilitätsprotektion (Kryokonservierung) hinzuweisen. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass sich in der Frage des Kinderwunsches im Lebensverlauf häufig Veränderungen ergeben und dass der Verzicht auf eine Kryokonservierung das Risiko eines späteren unerfüllten Wunsches nach biologischer Elternschaft birgt. Die Vorteile eines Abwartens bis zur ausreichenden Geschlechtsreife für eine Kryokonservierung bei noch nicht dementsprechend entwickelten Jugendlichen sind gegen die Nachteile eines Abwartens und einer damit einhergehenden stärkeren Ausprägung nicht reversibler sekundärer Geschlechtsmerkmale abzuwägen.

Die Aufklärung soll die Jugendlichen je nach Reifegrad prozesshaft möglichst darin unterstützen, zu einer Einwilligungsfähigkeit (D)/ Urteilsfähigkeit (CH)/ Entscheidungsfähigkeit (A) zu gelangen und eine informierte Entscheidung treffen zu können (siehe Ausführungen hierzu im Kapitel X → *„Rechtliche Grundlagen & ethische Maßgaben für die Behandlung Minderjähriger mit Geschlechtsinkongruenz"*). Dazu gehört, dass potenzielle Vor- und Nachteile der Behandlung aufgezeigt und gemeinsam mit den Betroffenen und den Sorgeberechtigten abgewogen werden. Im Rahmen einer informierten Einwilligung der jugendlichen Person sollte deutlich werden, dass diese die möglichen positiven und negativen Konsequenzen der betreffenden Intervention verstanden hat und für sich adäquat einordnen und abwägen konnte. Das geforderte Verständnis der Patient*innen für die Intervention und deren mögliche Konsequenzen geht demnach über ein reines Faktenwissen hinaus.

Konsensbasierte Empfehlung:

VII.K9.	Die Indikationsstellung für eine Pubertätsblockade soll die Prüfung der Einwilligungsfähigkeit (D) / Urteilsfähigkeit (CH) / Entscheidungsfähigkeit (A) der behandlungssuchenden minderjährigen Person durch eine kinder- und jugendpsychiatrische bzw. psychotherapeutische Fachperson beinhalten. Bei nicht hinreichender Einwilligungsfähigkeit / Urteilsfähigkeit / Entscheidungsfähigkeit sollte die minderjährige Person durch die involvierten Fachpersonen in der Ausbildung dieser Fähigkeit gefördert werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Wenn bei einer minderjährigen Person mit diagnostizierter Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie (noch) keine Einwilligungsfähigkeit (D)/ Urteilsfähigkeit (CH)/ Entscheidungsfähigkeit (A) besteht, können die Sorgeberechtigten, wenn es triftige Gründe für einen zeitnahen Beginn der Behandlung gibt (z.B. Verhindern eines irreversiblen männlichen Stimmwechsels), die Entscheidung für eine Pubertätsblockade treffen, sofern das Kind an dieser Entscheidung seiner kognitiven Reife entsprechend partizipieren konnte, und dies dem klar erkennbaren Willen des Kindes entspricht (siehe Ausführungen hierzu Kapitel X → *„Rechtliche Grundlagen & ethische Maßgaben für die Behandlung Minderjähriger mit Geschlechtsinkongruenz“*).

Die Unterstützung des familiären Umfeldes für den Weg einer Transition und insbesondere für die Einleitung körpermodifizierender Maßnahmen ist von hoher Bedeutung für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz (siehe auch Kapitel VI → *„Einbeziehung des familiären Beziehungsumfelds und Familiendynamik“).* In Fällen, in denen eine anhaltende Geschlechtsinkongruenz mit dem Wunsch nach einer Transition von den Eltern und anderen Bezugspersonen abgelehnt wird, besteht ein hohes Risiko für psychische Folgestörungen, insbesondere Depression und Suizidalität (siehe auch Kapitel IV → *„Assoziierte psychische Auffälligkeiten und Gesundheitsprobleme bei Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie“)*. In solchen Fällen sollte mit einer intensiven familientherapeutischen Begleitung eine Unterstützung der Bezugspersonen angestrebt werden, um deren Vorbehalte gegenüber einer annehmenden Haltung in Bezug auf die Geschlechtsidentität ihres Kindes aufzugreifen und wenn möglich durchzuarbeiten, damit innerhalb der Familie ein akzeptierender Rahmen geschaffen werden kann. In dem familientherapeutischen Prozess geht es darum, den Bedenken der Eltern Raum zu geben und einen

gemeinsamen Prozess der Verständigung über geeignete Schritte zur Unterstützung der betroffenen Jugendlichen zu erarbeiten. Dies setzt voraus, dass von familientherapeutischen Interventionen keine psychisch schädlichen Auswirkungen auf die betroffenen Jugendlichen zu erwarten sind (wie z.B. bei vom Jugendamt unterstützter räumlicher Trennung nach Misshandlungserfahrungen bei erhaltenem Sorgerecht).

Konsensbasierte Empfehlung:

VII.K10.	Bei gegebener Einwilligungsfähigkeit (D)/Urteilsfähigkeit (CH) /Entscheidungsfähigkeit (A) der minderjährigen Person sollte ein Co-Konsens der Sorgeberechtigten angestrebt werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN):

Die DGPPN spricht sich für einen stärkeren Empfehlungsgrad zum Anstreben des Co-Konsens mit den Sorgeberechtigten vor körpermodifizierenden medizinischen Interventionen aus und schlägt folgende abgeänderte Formulierung vor:

Bei gegebener Einwilligungsfähigkeit (D)/Urteilsfähigkeit (CH) /Entscheidungsfähigkeit (A) der minderjährigen Person **soll** ein Co-Konsens der Sorgeberechtigten angestrebt werden.

Begründung siehe Anhang (bzw. *hier*).

Konsensbasierte Empfehlung:

VII.K11.	In Fällen, in denen kein Co-Konsens zwischen Patient*in und Sorgeberechtigten besteht, sollte eine intensive Prozessbegleitung des Familiensystems durch eine geeignete Fachperson mit familientherapeutischer Expertise angeboten werden mit dem Ziel, dass eine Unterstützung des/der Patient*in ermöglicht wird. Eine solche Prozessbegleitung wird nur empfohlen, wenn hierdurch keine schädlichen Auswirkungen auf das gesundheitliche/psychische Wohl des/der Patient*in zu erwarten sind. In solchen Fällen ist eine Prüfung des Kindeswohls angezeigt.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Zur Erläuterung: Jenseits der grundsätzlich gebotenen Orientierung am gesundheitlichen Wohl des Kindes, bezieht sich die Hervorhebung bei dieser Empfehlung auf Fallkonstellationen, bei denen Grund zur Annahme besteht, dass eine familientherapeutische Intervention unter Einbeziehung von jugendlichem/r Patient*in und Sorgeberechtigten schädlich sein könnte. Eine solche Annahme sollte zu der Überlegung führen, den Fall unter speziellen Fragestellungen des Kindeswohls und ggf. des Kinderschutzes zu prüfen. In Fällen, in denen trotz intensiver Prozessbegleitung kein Konsens hinsichtlich einer pubertätsunterdrückenden Behandlung zwischen Betroffenen und Sorgeberechtigten oder den Sorgeberechtigten untereinander erzielt werden kann, ist ggf. eine Prüfung geeigneter Schritte unter vorrangiger Berücksichtigung des Kindeswohls von unabhängiger Stelle einzuleiten. Dies obliegt der Zuständigkeit der im jeweiligen Land zuständigen Gerichte bzw. Behörden und sollte nicht aus einer therapeutisch befangenen Position beurteilt werden (zu den zu beachtenden rechtlichen Regelungen siehe Kapitel X → *„Rechtliche Grundlagen & ethische Maßgaben für die Behandlung Minderjähriger mit Geschlechtsinkongruenz“*).

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN):

Die DGPPN spricht sich für einen stärkeren Empfehlungsgrad für eine familientherapeutische Prozessbegleitung, wenn kein Co-Konsens vorleigt, aus und schlägt folgende abgeänderte Formulierung vor:

In Fällen, in denen kein Co-Konsens zwischen Patient*in und Sorgeberechtigten besteht, **soll** eine intensive Prozessbegleitung des Familiensystems durch eine geeignete Fachperson mit familientherapeutischer Expertise angeboten werden mit dem Ziel, dass eine Unterstützung des/der Patient*in ermöglicht wird. Eine solche Prozessbegleitung wird nur empfohlen, wenn hierdurch keine schädlichen Auswirkungen auf das gesundheitliche/psychische Wohl des/der Patient*in zu erwarten sind. In solchen Fällen ist eine Prüfung des Kindeswohls angezeigt.

Begründung siehe Anhang (bzw. *hier*).

6.2.7. Zu berücksichtigende somatische Aspekte

Eine sorgfältige somatische Untersuchung durch eine pädiatrisch-endokrinologische Fachperson soll sicherstellen, dass kein somatischer Zustand vorliegt, der mit einer pubertätsunterdrückenden Behandlung interferieren könnte. Die pubertätsunterdrückende Intervention muss in besonderen Fällen der individuellen somatischen Situation angepasst werden.

In früheren Empfehlungen wurde als Vorbedingung einer Indikationsstellung für hormonelle Interventionen bei Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie der differentialdiagnostische Ausschluss einer somatosexuellen Differenzierungsstörung aus dem DSD-Spektrum (somatische Diversität der Geschlechtsentwicklung, Intergeschlechtliche Kondition) verlangt. Die Koinzidenz von Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie mit einer Diagnose aus dem DSD-Spektrum ist selten. Sie stellt nach den aktuell verfügbaren internationalen Leitlinien (Coleman et al., 2022a; Hembree et al., 2017) sowie nach überwiegender Auffassung der an der Erstellung dieser Leitlinie beteiligten Expert*innen per se keine Kontraindikation für körpermodifizierende Interventionen bei einer diagnostizierten Geschlechtsinkongruenz mit geschlechtsdysphorischem Leidensdruck dar. In diesen Situationen sind sowohl psychologische als auch somatische Bedingungen sorgfältig zu prüfen und die Intervention soll an den individuellen Fall angepasst werden. Entsprechende Empfehlungen finden sich in Kapitel VIII → *„Somatische Aspekte hormoneller Interventionen“*.

6.3. Geschlechtsangleichende Hormonbehandlung (GAH)

Eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung (GAH) ist zu erwägen, wenn bei einwilligungsfähigen (D)/ urteilsfähigen (CH) / entscheidungsfähigen (A) Jugendlichen mit gesicherter Diagnose einer Geschlechtsinkongruenz nach ICD-11 (WHO, 2022) und mehrjährigem transgeschlechtlichem Empfinden ein anhaltender geschlechtsdysphorischer Leidensdruck besteht. Die Sorgeberechtigten sind in jedem Fall in den Entscheidungsprozess einzubeziehen und unter Berücksichtigung der gesetzlichen Rahmenbedingungen und der familiären Situation maßgeblich zu beteiligen.

Die professionelle Begleitung dieses Prozesses zielt auf eine eigenverantwortliche und informierte Entscheidung der minderjährigen Patient*innen im Konsens mit ihren Sorgeberechtigten ab unter sorgfältigem Abwägen der Vorteile der gewünschten geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung und der zunehmend irreversiblen somatischen Konsequenzen sowohl einer Behandlung als auch einer Nicht-Behandlung (Deutscher Ethikrat, 2020). Aufgrund der noch moderaten bis unsicheren Evidenzlage betreffend geschlechtsangleichenden Hormonbehandlungen bei Minderjährigen (Taylor, Mitchell, Hall, Langton, et al., 2024), sind diese bei Minderjährigen nur unter sorgfältiger Nutzen-Risiko-Abwägung im Einzelfall nach sorgfältiger und umfassender Abklärung zu empfehlen (Drobnič Radobuljac et al., 2024).

Aufgrund der zunehmenden partiellen Irreversibilität einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung ist ein hohes Maß an kognitiver und sozioemotionaler Reife Minderjähriger für die Entscheidung erforderlich. Im Zweifelsfall sollte bei noch nicht erreichter vollständiger Einwilligungsfähigkeit (D)/ Urteilsfähigkeit (CH)/ Entscheidungsfähigkeit (A) aufgrund der höchstpersönlichen Konsequenzen einer Behandlung bzw. deren Unterlassung nicht stellvertretend durch die Sorgeberechtigten entschieden werden. Stattdessen sollte die minderjährige Person mit Behandlungswunsch durch eine intensive professionelle Begleitung unter Einbezug der Perspektive der Sorgeberechtigten an ihre eigenständige Einwilligungsfähigkeit (D)/ Urteilsfähigkeit (CH)/ Entscheidungsfähigkeit (A) herangeführt werden, um eine eigenverantwortliche und informierte Entscheidung treffen zu können. Diese ist jedoch unter Einbezug und wenn immer möglich im Konsens mit den Sorgeberechtigten anzustreben. Die zu berücksichtigenden somatischen Konsequenzen einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung sowie die medizinischen Empfehlungen für die Durchführung dieser Intervention sind im Kapitel VIII → *„Somatische Aspekte hormoneller Interventionen“* dargestellt.

Der Beginn einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung erfordert die sorgfältige Indikationsstellung in interdisziplinärer Kooperation durch eine psychiatrisch-psychotherapeutische Fachperson sowie eine in der Behandlung Jugendlicher erfahrene endokrinologische Fachperson

(interprofessionelle Indikationsstellung, s.u.). Letztere kann aus dem Bereich der Pädiatrie, internistischen Endokrinologie oder (Kinder-)Gynäkologie stammen.

Sondervotum des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE):

Die Fachkenntnis der Person, die den endokrinologischen Teil der Indikation stellt sowie die endokrinologische Betreuung während einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie übernimmt, sollte folgende formalen Anforderungen erfüllen (Bezeichnungen für Deutschland): - fachärztliche Gebietsbezeichnung für Pädiatrie mit Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugendendokrinologie und Diabetologie - fachärztliche Gebietsbezeichnung für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie - fachärztliche Gebietsbezeichnung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

In besonders komplexen Fällen, wenn in interprofessionellen Teams die fallbezogene Abwägung schwierig oder kontrovers erscheint, ist die beratende Hinzuziehung medizinethischer Fachpersonen zur Klärung zu erwägen. Die vorgenommenen ethischen Abwägungen hinsichtlich Nutzen und Risiken einer Behandlung ebenso wie der Alternative einer Nicht-Behandlung sind im Indikationsschreiben aufzuführen. (siehe unter 6.5 in diesem Kapitel → *„Empfohlene Inhalte eines Indikationsschreibens“*).

Konsensbasierte Empfehlung:

VII.K12.	Die Indikationsstellung zur geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie soll in interdisziplinärer Kooperation erfolgen. Voraussetzung für eine Indikationsstellung ist eine der Dringlichkeit und Komplexität der Einzelsituation angemessene sorgfältige diagnostische Einschätzung und Abklärung durch eine in der Diagnostik und Behandlung der Gechlechtsdysphorie im Jugendalter erfahrene psychiatrisch-psychotherapeutische Fachperson. Der somatische Teil der Indikationsstellung soll im Hinblick auf ihre Voraussetzungen (pubertäres Reifestadium, Abwesenheit von somatischen Kontraindikationen etc.) durch eine in der Behandlung von Jugendlichen erfahrene endokrinologische Fachperson erfolgen.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Sondervotum des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE):

Wir befürworten, dass die Indikationsstellung bei komplexen Fragestellungen wie beispielsweise im jungen Alter, bei vorhandenen psychischen Komorbiditäten oder bei erst seit kurzem bestehenden Bewusstwerden der Geschlechtsdysphorie durch eine zweite in der Diagnostik und Behandlung der Gechlechtsdysphorie im Jugendalter erfahrene psychiatrisch-psychotherapeutische Fachperson bestätigt wird im Sinne eines 4-Augen Prinzips.

Vorzunehmende Prüfungen und Abwägungen hinsichtlich somatischer Kontraindikationen zur geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung sind in Kapitel VIII → *„Somatische Aspekte hormoneller Interventionen“* dargestellt.

Konsensbasierte Empfehlung:

VII.K13.	Die Fachkenntnis der Personen, die den kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutisch-psychotherapeutischen Teil der Indikation für eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie stellen, sollte folgende formalen Anforderungen erfüllen: Eine der folgenden für das Jugendalter spezifischen Qualifikationen: D: – fachärztliche Gebietsbezeichnung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie – Approbation für Kinder- und Jugendpsychotherapie – fachärztliche Gebietsbezeichnung für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie CH: – FMH-Titel Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie – Eidgenössisch anerkannte Psychotherapeut*in A: – Fachärzt*in für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Fachärzt*in für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin – Eintragung als Psychotherapeut*in mit Weiterbildung in Säuglings-, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Oder alternativ bei entsprechend klinischer Expertise in der Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen: D: – Fachärztliche Gebietsbezeichnung für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie – Approbation für Psychologische Psychotherapie CH: – FMH-Titel Psychiatrie und Psychotherapie

	A: – Fachärzt*in für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, Fachärzt*in für Psychiatrie und Neurologie – Eintragung als Psychotherapeut*in, Eintragung als klinische/r Psycholog*in

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN):

Die DGPPN spricht sich für einen stärkeren Empfehlungsgrad hinsichtlich der notwendigen Qualifikationen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachperson für die Indikationsstellung einer geschlechtsmodifizierenden Hormonbehandlung aus und schlägt folgende abgeänderte Formulierung vor:

Die Fachkenntnis der Personen, die den kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutisch-psychotherapeutischen Teil der Indikation für eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie stellen, **soll** folgende formalen Anforderungen erfüllen: Eine der folgenden für das Jugendalter spezifischen Qualifikationen: *(Auflistung der Qualifikationen gleichlautend)*

Begründung siehe Anhang (bzw. *hier*).

Eine stabile/persistierende Geschlechtsinkongruenz mit gleichzeitig bestehender oder mit zunehmender pubertärer Entwicklung zu erwartender Geschlechtsdysphorie ist Voraussetzung für eine Indikationsstellung zu einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung. Empirisch validierte Einzelkriterien für die Feststellung einer dauerhaften Stabilität/Persistenz der Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie liegen nach der von uns gesichteten Studienlage nicht vor. Es obliegt also der psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachperson, im gemeinsamen Gespräch mit den Betroffenen und den Sorgeberechtigten eine individuelle Einschätzung aus dem Gesamtbild vorliegender psychischer Befunde, der Schilderungen und Reflexionen der Betroffenen sowie deren Lebensgeschichte zu erarbeiten. Dies erfordert üblicherweise eine diagnostisch-explorative Prozessbegleitung über mehrere Monate unter sorgfältiger Erhebung aller Befunde. Für die psychiatrisch-psychotherapeutische Fachperson ist hierbei neben Erfahrung in der diagnostischen Einschätzung von Geschlechtsinkongruenz und möglichen begleitenden psychischen Störungen eine umfassende Kenntnis der Variationsbreite von diesbezüglichen

Entwicklungsverläufen wichtig, einschließlich solcher, die mit Desistenz einer Geschlechtsdysphorie im Laufe des Jugendalters oder mit späterer Detransition nach vollzogener Transition einhergehen.

In der aktuellen Leitlinie der WPATH *Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, Version 8* wird als Zeitkriterium empfohlen, dass vor Beginn einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung im Jugendalter von den Betroffenen ein seit mehreren Jahren („several years“) bestehendes geschlechtsinkongruentes Erleben berichtet werden sollte (Coleman et al., 2022a). Das in unserer Leitlinie beschriebene Kriterium eines seit mehreren Jahren stabil bestehenden transgeschlechtlichen Empfindens trägt dieser Empfehlung Rechnung. Bei der Exploration der Dauer der Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie ist darauf zu achten, dass das innere Erleben maßgeblich ist, was je nach psychosozialer Situation erheblich von dem nach außen hin beobachtbaren Geschlechtsausdruck abweichen kann.

Konsensbasierte Empfehlung:

VII.K14.	Voraussetzung für die Indikation einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung soll das Vorliegen einer stabilen/persistierenden Geschlechtsinkongruenz (nach den diagnostischen Kriterien der GI im Jugendalter/ ICD-11 HA60) mit nach Pubertätseintritt vorhandenem geschlechtsdysphorischem Leidensdruck bei mehrjährigem transgeschlechtlichem Empfinden sowie der damit einhergehende Wunsch nach der Ausbildung der durch die Hormonbehandlung zu erwartenden geschlechtsspezifischen körperlichen Veränderungen sein. Die sorgfältige diagnostische Einschätzung soll in Zusammenarbeit der in der Diagnostik und Behandlung der Gechlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter erfahrenen psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachperson mit den Patient*innen und ihren Sorgeberechtigten/Bezugspersonen anhand der Exploration der psychischen Befunde und der Lebensgeschichte erfolgen.

Konsensstärke: Konsens (> 75%)

Sondervotum Bundesvereinigung Trans*, Trans-Kinder-Netz e.V. und Verband für lesbische, schwule, bisexuelle, trans*, intersexuelle und queere Menschen in der Psychologie e.V.:

Die Bundesvereinigung Trans*, der Verband für lesbische, schwule, bisexuelle, trans*, intersexuelle und queere Menschen in der Psychologie und Trans-Kinder-Netz möchten mit diesem Sondervotum den Wortlaut der ursprünglich vor der Konsultationsphase konsentierten Empfehlung unverändert belassen:

„Voraussetzung für die Indikation einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung sollte das Vorliegen einer stabilen/persistierenden Geschlechtsinkongruenz (nach den diagnostischen Kriterien der GI im Jugendalter/ ICD-11 HA60) mit nach Pubertätseintritt vorhandenen geschlechtsdysphorischem Leidensdruck sowie der damit einhergehende Wunsch nach der Ausbildung der durch die Hormonbehandlung zu erwartenden geschlechtsspezifischen körperlichen Veränderungen sein. Die diagnostische Einschätzung sollte im Rahmen einer Zusammenarbeit einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachperson mit den Patient*innen und ihren Sorgeberechtigten/Bezugspersonen anhand der Exploration der psychischen Befunde und der Lebensgeschichte erfolgen.“

Begründung siehe Anhang (bzw. *hier*).

Wie in der Präambel dieser Leitlinie dargestellt, kann sowohl eine Behandlung als auch eine Nicht-Behandlung durch körpermodifizierende medizinische Maßnahmen irreversible Folgerisiken für Jugendliche mit Geschlechtsinkongruenz haben. Es sind daher in jedem Fall medizinethische Einzelfallabwägungen vorzunehmen. Hierbei soll eine alters- und entwicklungsabhängige Einschätzung des potenziellen Nutzens einer Behandlung (im Sinne einer Verhinderung der Zunahme des geschlechtsdysphorischen Leidensdrucks) gegenüber den Risiken der Behandlung (Nebenwirkungsprofil) vorgenommen werden.

Konsensbasierte Empfehlung:

VII.K14a.	Die Begründung für die Indikation einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung soll eine ethisch reflektierte auf den Einzelfall bezogene Nutzen-Risiko-Abwägung enthalten, sowohl der vorgesehenen Behandlung, als auch des Nicht-Einleitens dieser Behandlung bzw. eines Abwartens bis zu einem späteren Zeitpunkt.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

6.3.1. Nicht-binäre Geschlechtsidentitäten und fluide sexuelle Orientierung im Jugendalter

Eine besondere diagnostische Herausforderung stellt ein nicht-binäres Identitätserleben Jugendlicher dar, welches nach den Erfahrungen der an der Leitlinienerstellung beteiligten Expert*innen in jüngerer Zeit zunehmend häufig berichtet wird. Hierbei kann zunächst unklar sein, inwieweit eine solche Selbstbeschreibung vorwiegend Ausdruck eines *nicht-binären sozialen Geschlechtsrollenverständnisses* ist, welches nicht unbedingt mit einer dauerhaft *non-binären Geschlechtsidentität* einhergeht. Empfehlungen für die psychotherapeutische Begleitung diesbezüglicher ergebnisoffener Selbsterkundungs- und Selbstfindungsprozesse sind im Kapitel V→ *„Psychotherapie und psychosoziale Interventionen"* dieser Leitlinie ausgeführt.

Folgende zwei Fallbeispiele illustrieren diese Variabilität:

Fallbeispiel 1: trans Junge mit initial nicht-binärer Selbstbeschreibung

Die 16-jährige Luisa stellt sich unter ihrem weiblichen Geburtsvornamen vor mit der Selbstzuschreibung „Ich bin non-binär". In der Exploration wird ausgeprägtes geschlechtsdysphorisches Erleben mit reflektierter Ablehnung weiblicher Rollenerwartungen und starkem Störempfinden gegenüber den weiblichen Geschlechtsmerkmalen ihres Körpers angegeben. Die Brüste werden seit einigen Monaten täglich abgebunden. Gleichwohl gibt die Jugendliche zu diesem Zeitpunkt an, sich auch nicht mit dem männlichen Geschlecht zu identifizieren und äußert die Befürchtung, sie könne bei einer Transition in eine andere Geschlechtsrolle, die für sie als Person ebenso wenig passend sei „vom Regen in die Traufe" kommen. In einem psychotherapeutischen Prozess über mehrere Monate wird die Jugendliche zu einer konsequent offenen Erkundung einer für sie stimmigen sozialen Geschlechtsrolle ermutigt, worauf sie sich mit reflektierter Introspektion einlässt. Es wird ihr dabei zunehmend klarer, dass dauerhaft nur in einem männlich wirkenden Körper ein stimmiges Erleben mit der eigenen Geschlechtsidentität erfahrbar ist. Ein probatorisches Outing in der Schule als trans Junge mit dem neu gewählten männlichen Vornamen Milan führt zu zunehmendem Erleben von Kongruenz und psychischer Entlastung. Die durch die vorangegangenen nicht-binäre Selbsterkundung gewonnene Freiheit, ein „atypischer" junger Mann sein zu können, ohne sich typische Erwartungen an eine „Männerrolle" zu eigen zu machen, wirkt als innerer Anstoß zum Transitionswunsch. Milan wünscht nun eine Testosteronbehandlung, deren Indikation aufgrund der nun sicher diagnostizierbaren Geschlechtsinkongruenz bejaht werden kann. Kurz nach Beginn der Testosteronbehandlung erfolgt die gesetzliche Namens- und Personenstandsänderung. Ein Jahr später folgt im Alter von 18 Jahren eine Mastektomie. Milan schließt als Junge am Gymnasium erfolgreich sein Abitur ab. Im weiteren 2-Jahres-Verlauf ist Milans psychische Entwicklung im männlichen Geschlecht stabil und von sozialem und gesundheitlichen Wohlbefinden begleitet.

Fallbeispiel 2: Ergebnisoffene Entwicklung über drei Jahre

Die 16 Jahre alte Carla stellt sich mit non-binärer Selbstbeschreibung unter ihrem weiblichen Geburtsvornamen vor. Sie äußert, sie lehne sämtliche männlichen und weiblichen Rollenzuschreibungen ab, stelle sich dabei vor, sich innerhalb dieser empfundenen Nicht-Binarität eher in einem männlich erscheinenden Körper wohlfühlen zu können. Sie kleidet sich jungentypisch und legt sich einen Kurzhaarschnitt zu. In der Exploration fällt auf, dass kein ausgeprägter körperbezogener Leidensdruck zu bestehen scheint. Die Jugendliche äußert, sie könne sich gut vorstellen, eine Transition zu vollziehen und später auch männliche Hormone zu nehmen. In einem psychotherapeutischen Prozess über mehrere Monate wird Carla zu einer offenen Erkundung einer stimmig erlebbaren sozialen Geschlechtsrolle ermutigt. Sie entscheidet sich zunächst für ein soziales Outing als non-binäre trans Person und gibt sich den männlichen Vornamen Benno, unter dem er nun in allen Alltagsfeldern auftritt. In Familie und Schule erfährt Benno soziale Akzeptanz, zeigt sich vielfältig sozial aktiv und kompetent. Dabei scheint Benno sehr zufrieden und äußert, es mit der Entscheidung für eine medizinische Geschlechtsangleichung nicht eilig zu haben. Aufgrund des unklaren diagnostischen Bildes – vorerst lässt sich keine Geschlechtsinkongruenz diagnostizieren – wird Benno empfohlen, sich mindestens zwei weitere Jahre Zeit für seine non-binäre soziale Rollenerkundung zu lassen und als die Person zu leben, die er ist, ohne medizinisch in den eigenen Körper einzugreifen. Auf diese Empfehlung wirkt Benno entlastet. Die Frage nach einer medizinischen Transitionsbehandlung taucht über ein Jahr nicht mehr in den Gesprächsterminen auf. Dabei wirkt Benno stabil und in der aktiven Lebensgestaltung – nach erfolgreich abgelegtem Abitur – weiterhin kompetent und selbstwirksam.

Zur körpermodifizierenden Behandlung nicht-binärer Jugendlicher liegen keine publizierten Daten vor, weshalb besondere Vorsicht in der Indikationsstellung angebracht ist. Andererseits werden sowohl in der ICD-11 als auch im DSM-5 non-binäre Geschlechtsidentitäten ausdrücklich als Teil des diagnostischen Spektrums bei Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie inkludiert. Daraus ergibt sich, dass es medizinisch, sozialrechtlich und ethisch nicht zu vertreten wäre, nicht-binäre Personen mit Geschlechtsinkongruenz und anhaltendem geschlechtsdysphorischem Leidensdruck prinzipiell von fachgerechten Behandlungen auszuschließen. Die o.g. Probleme und Herausforderungen müssen daher in individualisierter Fallbetrachtung adressiert werden, was im Jugendalter die Notwendigkeit einer verlaufsdiagnostischen Prozessbegleitung mit einem längeren klinischen Beobachtungsintervall begründet. Sowohl bei der sexuellen Orientierung als auch bei der geschlechtlichen Identität sind fluide Entwicklungsverläufe im Jugendalter möglich. Einem transgeschlechtlichen Coming-Out kann eine vorübergehende homosexuelle Erkundung („Ausprobieren“) vorausgegangen sein und umgekehrt. Nach den klinischen Beobachtungen der an der Leitlinienerstellung beteiligten Expert*innen sind viele der jugendlichen Patient*innen mit Geschlechtsinkongruenz zur Frage ihrer sexuellen Orientierung in ihrer

Selbstauskunft sehr differenziert („das eine hat mit dem anderen für mich nichts zu tun“). Insbesondere gibt es bei den meisten Patient*innen wenig Berührungsängste mit homo- oder bisexuellen Orientierungen, weshalb eine subjektiv nicht lebbare Homosexualität nur in wenigen Fällen als ätiologisches Erklärungsmodell der Geschlechtsidentitätsthematik in Frage kommt.

Ferner wurde in Erhebungen mit erwachsenen trans Personen berichtet, dass nur eine Minderheit eine im empfundenen Geschlecht eindeutige heterosexuelle Orientierung („straight“) angab, wohingegen die meisten befragten trans Personen eine sexuelle Orientierung innerhalb des Spektrums queer, bisexuell oder fluide angaben (Katz-Wise et al., 2016). Die sexuelle Orientierung ist bei Vorliegen einer Geschlechtsinkongruenz für die Indikationsstellung zu körpermodifizierenden Maßnahmen daher nicht wegweisend. Eine Ungleichbehandlung von Patient*innen in Abhängigkeit von ihrer sexuellen Orientierung wäre unethisch und diskriminierend. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass bei einzelnen Jugendlichen, die sich in einer allgemeinen Reifungskrise befinden, berichtete sexuelle Orientierung und geschlechtliche Identität in einer Weise interferieren, die die Feststellung einer persistierenden Geschlechtsinkongruenz erschwert. Daher ist die Exploration der gesamten psychosexuellen Entwicklung als Teil eines diagnostischen Prozesses für die Indikationsstellung wichtig.

Konsensbasierte Empfehlung:

VII.K15.	Die Indikationsstellung einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung sollte unabhängig von der Polarität bzw. Binarität der Geschlechtsidentität und unabhängig von der sexuellen Orientierung der Patient*innen getroffen werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Sondervotum der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft (DPG):

„Die Indikationsstellung für eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung sollte unabhängig von der sexuellen Orientierung der Patient*innen getroffen werden.“

Begründung siehe Anhang (bzw. *hier*).

6.3.2. Geschlechtsangleichende Hormonbehandlung ohne vorausgehende Pubertätsblockade

In den internationalen Leitlinien der Endocrine Society aus dem Jahre 2017 (Hembree et al., 2017) wurde empfohlen, dass bei Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie, bei denen eine Indikation zu einer somatomedizinschen hormonellen Behandlung bejaht wird, vor Einleitung einer geschlechtsangleichenden Hormongabe zwingend eine Pubertätsblockade gegeben werden sollte. Dies entsprach dem ursprünglichen niederländischen Behandlungsprotokoll, das auch den ersten Verlaufskohortenstudien zugrunde lag. Dies hat vielerorts in der medizinischen Versorgungspraxis dazu geführt, dass regelhaft auch in der Spätadoleszenz, z.B. bei 16-jährigen Patient*innen nach einer bereits vollständig abgeschlossenen Reifeentwicklung, für ein Jahr und länger Pubertätsblocker eingesetzt wurden. Dies war bis April 2024 auch die streng vorgeschriebene Praxis im NHS England, was die dortige medizinische Kontroverse um das Nutzen-Risko-Profil von Pubertätsbockern erheblich mitbestimmt hat, weil bei älteren Jugendlichen, deren pubertäre Reifung weitgehend abgeschlossen ist, die Nutzen-Risiko-Bilanz für den Einsatz von Pubertätsblockern meist negativ ausfällt. Mit zunehmend fortgeschrittener Reifeentwicklung sind die potenziell schädlichen Begleitwirkungen einer Pubertätsblockade (u.a. Anhedonie, verminderte Knochendichte, menopausale Beschwerden) gegenüber einem erwartbaren Benefit durch Minderung des geschlechtsdysphorischen Leidensdrucks deutlich höher zu gewichten. Aus diesem Grunde wird mittlerweile auf den regelhaften Einsatz von Pubertätsblockern als Vorstufe zu einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung bei fortgeschrittener pubertärer Reifeentwicklung häufig verzichtet. Es gibt keine Evidenz dafür, dass es bei Jugendlichen in jedem Fall vorteilhaft ist, eine Pubertätsblockade durchzuführen, bevor eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung begonnen werden kann. Obwohl die ersten Follow-Up-Studien ausschließlich von Jugendlichen berichten, welche zunächst eine Pubertätsblockade und danach eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung erhielten (de Vries et al., 2014) sind in den Stichproben späterer Studien auch Jugendliche enthalten, welche bei vorliegender Indikation aufgrund ihrer bereits fortgeschrittenen pubertären Reifung ohne vorherige Pubertätsblockade mit geschlechtsangleichenden Hormonen behandelt wurden (Olson-Kennedy et al., 2018). Zur differenzierten Darstellung der somatischen Implikationen einer Pubertätsblockade bzw. einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung siehe Kapitel VIII → *„Somatische Aspekte hormoneller Interventionen“*.

Konsensbasierte Empfehlung:

VII.K16.	Für die Indikation einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung bei Jugendlichen sollte nicht vorausgesetzt werden, dass zuvor eine Pubertätsblockade durchgeführt wurde.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

6.3.3. Soziale Rollenerprobung im empfundenen Geschlecht

In aller Regel geht einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung (GAH) eine soziale Transition in möglichst allen alltäglichen Lebensfeldern voraus. Die vorhandene Literatur gibt keinen Aufschluss darüber, ob bei den untersuchten Jugendlichen auch solche einbezogen wurden, bei denen die geschlechtsangleichende Hormonbehandlung vor der sozialen Transition initiiert wurde. In aktuellen internationalen Leitlinien wird übereinstimmend eine dauerhaft persistierende Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie als Voraussetzung für eine Indikationsstellung gefordert, wobei eine vollzogene soziale Transition nicht explizit erwähnt wird (Agana et al., 2019; Coleman et al., 2022a; Hembree et al., 2017). Eine soziale Transition vor der GAH ist zu empfehlen, da sie den Behandlungssuchenden und dem Umfeld die unverzichtbare Sicherheit und Bestätigung gibt, dass der gewählte Weg für die Betreffenden sowohl anhaltend stimmig erlebt wird, als auch sozial lebbar ist. Zudem wird dem sozialen Umfeld die Anpassung an die zu erwartenden körperlichen Veränderungen erleichtert und behandelte Jugendliche werden vor möglicherweise irritierten Reaktionen aus ihrer sozialen Umgebung auf die feminisierenden bzw. virilisierenden Veränderungen ihres körperlichen Erscheinungsbildes bewahrt. Gemäß klinischer Erfahrungen der an der Leitlinienerstellung beteiligten Expert*innen gibt es einzelne Fälle, bei denen der anhaltende Wunsch nach einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung bei stabiler Geschlechtsidentität vor der Umsetzung der sozialen Transition in allen Alltagsfeldern besteht, meist verbunden mit dem Wunsch, den sozialen Rollenwechsel durch die aufgrund der Hormonbehandlung zu erwartenden Veränderungen zu erleichtern. In diesen Fällen ist in der Aufklärung besonderer Wert auf die realistisch zu erwartenden Veränderungen zu legen. Die psychosozialen Schwierigkeiten der Betroffenen in Bezug auf die Umsetzung der sozialen Transition sollen angesprochen werden und die Jugendlichen sollten diesbezüglich Unterstützung erhalten. Die Jugendlichen sind in diesen Fällen darüber aufzuklären, dass sich soziale Ängste in Bezug auf

die Transition realistischerweise nicht allein durch eine geschlechtsangleichende Hormongabe auflösen lassen.

In jedem Fall sollten in der Vorbereitung auf die GAH alle Auswirkungen auf das Umfeld hinreichend von den Behandlungssuchenden reflektiert werden. Der Schutz vor Diskriminierung ist in der Beratung hinsichtlich einer sozialen Transition stets mitzubedenken. Zur Unterstützung der Jugendlichen in diesem Prozess sollte auf bestehende Angebote der Community (inklusive Peer-Beratungen) und der Jugendhilfe hingewiesen werden.

Konsensbasierte Empfehlung:

VII.K17.	Zur Vorbereitung einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung sollte eine soziale Erprobung der gewünschten Geschlechtsrolle erfolgen, sofern dies mit dem Diskriminierungsschutz vereinbar ist. In Fällen, in denen die soziale Unterstützung durch das Umfeld nicht ausreicht, sollte eine psychotherapeutische Begleitung des Transitionsprozesses angeboten werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

6.3.4. Berücksichtigung assoziierter psychischer Störungen

Aufgrund der Häufigkeit von psychischen Störungen bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie sollten diese Störungen, sofern vorhanden, diagnostiziert und bei Bedarf fachgerecht behandelt werden (siehe Kapitel IV → *„Assoziierte psychische Auffälligkeiten und Gesundheitsprobleme bei Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie“).* Eine hinreichende psychosoziale Unterstützung der Betroffenen und ihrer Familien ist ein wichtiger Faktor für einen positiven Verlauf der körpermodifizierenden Interventionen und der weiteren Entwicklung. Da jedoch nicht alle Jugendlichen, bei denen eine Geschlechtsinkongruenz besteht, von behandlungsbedürftigen psychischen Störungen betroffen sind, ist der Bedarf individuell einzuschätzen. Voraussetzung für eine Indikationsstellung zu einer Hormonbehandlung ist jedoch in jedem Falle eine psychiatrisch-psychotherapeuische Diagnostik (*Assessment*) und Prozessbegleitung, um sicher zu stellen, dass etwaige Störungen fachgerecht erkannt und ggf. behandelt werden und ggf. nicht mit der körpermodifizierenden Behandlung interferieren.

Eine mögliche Interferenz zwischen einer diagnostisch gesicherten oder vermuteten Geschlechtsinkongruenz und einer damit assoziierten anderweitigen psychischen Störung kann sich vielfältig bemerkbar machen und auswirken.

So kann eine koinzidente psychische Störung u.a.

- die diagnostische Klarheit bei der Einschätzung geschlechtsdysphorischer Symptome beeinträchtigen,
- sich auf die Durchführbarkeit empfohlener sozialer Rollenerprobungen zur Vorbereitung einer körpermodifizierenden Behandlung auswirken (z.B. soziale Phobie mit Schulabsentismus),
- sich auf das anzustrebende Timing bei geplanten Interventionen auswirken (z.B. anorektiforme Essstörung mit Notwendigkeit einer Gewichtsrehabilitation vor hormonellen Interventionen),
- die für eine körpermodifizierende Behandlung hinreichende psychosoziale Stabilität und medizinische Behandlungscompliance beeinträchtigen (z.B. Patient*innen mit wiederholter akutpsychiatrischer Aufnahme bei Borderlinestörung),
- die Einwilligungsfähigkeit/Urteilsfähigkeit/Entscheidungsfähigkeit im Hinblick auf eine Behandlungsentscheidung beeinträchtigen (z.B. akute psychische Krise mit eingeengter Sicht auf aktuelle Stressoren).

Konsensbasierte Empfehlung:

VII.K18.	Besteht vor einer Indikationsstellung einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung eine über den geschlechtsdysphorischen Leidensdruck hinausgehende koinzidente psychische Störung, die mit der Behandlung interferiert, sollte in einem integrierten bzw. vernetzten Behandlungskonzept eine fachgerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Intervention empfohlen und angeboten werden. Dabei sollen im Dialog mit dem/der Patient*in die Behandlungsschritte priorisiert werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN):

Die DGPPN spricht sich für einen stärkeren Empfehlungsgrad für die vernetzte Behandlung einer koinzidenten psychischen Störung aus, wenn eine geschlechtsmodifizierende Hormonbehandlung geplant ist und schlägt folgende abgeänderte Formulierung vor:

Besteht vor einer Indikationsstellung einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung eine über den geschlechtsdysphorischen Leidensdruck hinausgehende koinzidente psychische Störung, die mit der Behandlung interferiert, **soll** in einem integrierten bzw. vernetzten Behandlungskonzept eine fachgerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Intervention empfohlen und angeboten werden. Dabei sollen im Dialog mit dem/der Patient*in die Behandlungsschritte priorisiert werden.

Begründung siehe Anhang (bzw. *hier*).

6.3.5. Wichtige Inhalte der Aufklärung und informierte Zustimmung

Wichtige Inhalte einer umfassenden Aufklärung der Jugendlichen und ihrer Sorgeberechtigten über die Wirkungsmechanismen und Folgen der geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung inklusive möglicher Nebenwirkungen sind in Kapitel VIII → *„Somatische Aspekte hormoneller Interventionen“* ausgeführt. Hierzu gehören insbesondere die möglichen Auswirkungen auf Sexualität, Fertilität, spätere geschlechtsangleichende Maßnahmen wie Operationen, Beziehungserleben und Körpererleben. Ebenso ist über die zugänglichen Möglichkeiten der Fertilitätsprotektion durch Kryokonservierung zu informieren. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass sich in der Frage des Kinderwunsches im Lebensverlauf häufig Veränderungen ergeben und dass der Verzicht auf eine Kryokonservierung möglicherweise das Risiko eines späteren unerfüllt bleibenden leiblichen Kinderwunsches birgt.

Grundsätzlich ist zu fordern, dass angesichts der Tragweite der Entscheidung für eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung minderjährige Patient*innen eigenverantwortlich ihre informierte Zustimmung geben können. Dies setzt wiederum eine fachgerechte individuelle Feststellung ihrer Einwilligungsfähigkeit (D)/ Urteilsfähigkeit (CH)/ Entscheidungsfähigkeit (A) voraus (siehe hierzu Ausführungen in Kapitel X → *„Rechtliche Grundlagen & ethische Maßgaben für die Behandlung Minderjähriger mit Geschlechtsinkongruenz*“).

Konsensbasierte Empfehlung:

VII.K19.	Vor einer Indikationsstellung für eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung im Jugendalter sollen Jugendliche und ihre Sorgeberechtigten über die möglichen Auswirkungen der Behandlung auf Sexualität, Fertilität, Beziehungserleben, Körpererleben, mögliche Diskriminierungserfahrungen und weitere geschlechtsangleichende körpermodifizierende Behandlungsschritte aufgeklärt werden. Auf die Möglichkeiten fertilitätserhaltender medizinischer Maßnahmen sollte hierbei hingewiesen und der Zugang zu einer hierfür spezialisierten Beratung ermöglicht werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN):

Die DGPPN spricht sich für einen stärkeren Empfehlungsgrad dahingehend aus, dass auf die Möglichkeit fertilitätserhaltender medizinischer Maßnahmen hingewiesen warden soll und schlägt folgende abgeänderte Formulierung vor:

Vor einer Indikationsstellung für eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung im Jugendalter sollen Jugendliche und ihre Sorgeberechtigten über die möglichen Auswirkungen der Behandlung auf Sexualität, Fertilität, Beziehungserleben, Körpererleben, mögliche Diskriminierungserfahrungen und weitere geschlechtsangleichende körpermodifizierende Behandlungsschritte aufgeklärt werden. Auf die Möglichkeiten fertilitätserhaltender medizinischer Maßnahmen **soll** hierbei hingewiesen und der Zugang zu einer hierfür spezialisierten Beratung ermöglicht werden.

Begründung siehe Anhang (bzw. *hier*).

Konsensbasierte Empfehlung:

VII.K20.	Der jugendpsychiatrisch-psychotherapeutische Teil der Indikationsstellung für eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung soll die Prüfung der Einwilligungsfähigkeit (D)/ Urteilsfähigkeit (CH)/ Entscheidungsfähigkeit (A) des/der Patient*in – in Bezug auf die konkret geplante Behandlung – durch die indizierende Fachperson beinhalten. Bei nicht hinreichender Einwilligungsfähigkeit (D)/ Urteilsfähigkeit (CH)/ Entscheidungsfähigkeit (A) sollte die minderjährige Person darin gefördert werden, diese Fähigkeit zu erlangen.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

6.3.6. Familiäre Unterstützung und Zustimmung Sorgeberechtigter

Wie bereits im Abschnitt zu pubertätsaufhaltender Behandlung ausgeführt (s.o.), ist die Unterstützung des familiären Umfeldes für den Weg einer Transition und insbesondere für die Einleitung körpermodifizierender Maßnahmen von hoher Bedeutung für die psychische Gesundheit betroffener Jugendlicher (siehe auch Kapitel VI → *„Einbeziehung des familiären Beziehungsumfelds und Familiendynamik“*). In Fällen, in denen Jugendliche in ihrer Transgeschlechtlichkeit und dem Wunsch nach einer Transition von den Eltern und anderen familiären Bezugspersonen dauerhaft Ablehnung erfahren, besteht ein hohes Risiko für psychische Folgestörungen, insbesondere Depression und Suizidalität (siehe auch Kapitel IV → *„Assoziierte psychische Auffälligkeiten und Gesundheitsprobleme bei Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie“*). In diesen Fällen sollte mit einer intensiven familientherapeutischen Begleitung eine Unterstützung der Bezugspersonen angestrebt werden, um deren Vorbehalte gegenüber einer Akzeptanz in Bezug auf die empfundene Geschlechtsidentität ihres Kindes aufzugreifen und wenn möglich durchzuarbeiten, damit innerhalb der Familie ein akzeptierender Rahmen geschaffen werden kann.

In dem familientherapeutischen Prozess geht es darum, den Bedenken der Eltern Raum zu geben und einen gemeinsamen Prozess der Verständigung über geeignete Schritte zur Unterstützung der betroffenen Jugendlichen zu erarbeiten. Dies setzt voraus, dass von familientherapeutischen Interventionen keine psychisch schädlichen Auswirkungen auf die betroffenen Jugendlichen zu erwarten sind (wie z.B. bei vom Jugendamt erwirkter räumlicher Trennung nach Misshandlungserfahrungen bei erhaltenem Sorgerecht).

Konsensbasierte Empfehlung:

VII.K21.	Bei gegebener Einwilligungsfähigkeit (D)/ Urteilsfähigkeit (CH)/ Entscheidungsfähigkeit (A) des/der Patient*in betreffend die Durchführung einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung sollte ein Co-Konsens der Sorgeberechtigten angestrebt werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN):

Die DGPPN spricht sich für einen stärkeren Empfehlungsgrad zum Anstreben des Co-Konsens mit den Sorgeberechtigen vor körpermodifizierenden medizinischen Interventionen aus und schlägt folgende abgeänderte Formulierung vor:

Bei gegebener Einwilligungsfähigkeit (D)/ Urteilsfähigkeit (CH)/ Entscheidungsfähigkeit (A) des/der Patient*in betreffend die Durchführung einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung **soll** ein Co-Konsens der Sorgeberechtigten angestrebt werden.

Begründung siehe Anhang (bzw. *hier*).

Wenn in Einzelfällen trotz intensiver Beratung kein Co-Konsens zwischen Betroffenen und Sorgeberechtigten hinsichtlich der Durchführung einer gewünschten und medizinisch indizierten geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung erzielt werden kann, entsteht hinsichtlich der gesundheitlichen Gefährdung eine komplexe Dilemmasituation. Die psychosozialen Langzeit-Implikationen eines anhaltenden Konflikts zwischen einer jugendlichen trans Person und deren Eltern um die Frage der Unterstützung eines selbstbestimmten Lebensweges sind für beide Seiten erheblich und erscheinen deshalb nicht allein auf sorgerechtlichem Weg im Sinne des gesundheitlichen Wohlergehens der jugendlichen Person lösbar. Andererseits impliziert ein anhaltender Leidensdruck bei Nicht-Durchführung einer fachgerecht indizierbaren medizinischen Behandlung ein erhöhtes Risiko für negative gesundheitliche Folgen. In einer solchen Fallkonstellation sind im vorrangigen Interesse des gesundheitlichen Wohls der jugendlichen Person intensive psychosoziale Maßnahmen zu erwägen, um diese auf dem Weg, ihr Leben entsprechend ihrer geschlechtlichen Identität zu gestalten, zu unterstützen. Hierzu kann im Einzelfall auch die therapeutische Begleitung eines notwendigen Ablösungsprozesses von den Eltern gehören. Bleibt ein Konflikt trotz aller professioneller Bemühungen anhaltend unlösbar, obliegt

es dem Jugendamt, ggf. geeignete Schritte der Klärung im Interesse des gesundheitlichen Wohls des Kindes einzuleiten. Die im Falle einer erwogenen und zu prüfenden alleinveranwortlichen selbstbestimmten Entscheidung einwilligungsfähiger (D) /urteilsfähiger (A) /entscheidungsfähiger (CH) Minderjähriger zu beachtenden gesetzlichen Maßgaben des jeweiligen Landes sind in Kapitel X → *„Rechtliche Grundlagen & ethische Maßgaben für die Behandlung Minderjähriger mit Geschlechtsinkongruenz*“ ausgeführt.

Konsensbasierte Empfehlung:

VII.K22.	In Fällen, in denen kein Co-Konsens zwischen Patient*in und Sorgeberechtigten besteht, sollte eine intensive Prozessbegleitung des Familiensystems durch eine geeignete Fachperson angeboten werden mit dem Ziel, dass eine Unterstützung des/der Patient*in ermöglicht wird. Eine solche Prozessbegleitung wird nur empfohlen, wenn hierdurch keine schädlichen Auswirkungen auf das gesundheitliche/psychische Wohl des/der Patient*in zu erwarten sind.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN):

Die DGPPN spricht sich für einen stärkeren Empfehlungsgrad für eine familientherapeutische Prozessbegleitung, wenn kein Co-Konsens vorliegt, aus und schlägt folgende abgeänderte Formulierung vor:

In Fällen, in denen kein Co-Konsens zwischen Patient*in und Sorgeberechtigten besteht, **soll** eine intensive Prozessbegleitung des Familiensystems durch eine geeignete Fachperson angeboten werden mit dem Ziel, dass eine Unterstützung des/der Patient*in ermöglicht wird. Eine solche Prozessbegleitung wird nur empfohlen, wenn hierdurch keine schädlichen Auswirkungen auf das gesundheitliche/psychische Wohl des/der Patient*in zu erwarten sind.

Begründung siehe Anhang (bzw. *hier*).

6.4. Geschlechtsangleichende Operationen im Jugendalter

Geschlechtsangleichende Operationen bei Patient*innen mit Geschlechtsinkongruenz/Geschlechtsdysphorie sind irreversible Maßnahmen, welche erhebliche und dauerhafte Konsequenzen für die psychische und somatische Gesundheit der Betroffenen haben können, sowohl im positiven Sinne einer Reduzierung von Leidensdruck, Körperunzufriedenheit und psychischer Belastung sowie einer Verbesserung der Lebensqualität, als auch im negativen Sinne bei medizinischen oder psychosozialen Komplikationen oder im Falle eines späteren Bereuens der durchgeführten Operation. Wenn bei einer dauerhaft persistierenden Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie im Jugendalter vor Erreichen der Volljährigkeit eine geschlechtsangleichende Operation von Betroffenen gewünscht wird und hierfür die medizinische Indikation zu prüfen ist, sind an das Vorgehen sowie an den Prozess der Entscheidungsfindung entsprechend hohe Anforderungen sowohl an die diagnostische Klarheit als auch an die gesicherte Feststellung der Einwilligungsfähigkeit (D)/ Urteilsfähigkeit (CH)/ Entscheidungsfähigkeit (A) der Patient*innen zu stellen, die in Kapitel X → *„Rechtliche Grundlagen & ethische Maßgaben für die Behandlung Minderjähriger mit Geschlechtsinkongruenz*“ ausgeführt sind. Operative Eingriffe zur Genitalangleichung erfolgen in aller Regel erst nach dem 18. Lebensjahr. Zudem zeigt die bisherige klinische Erfahrung, dass sich hinsichtlich des Behandlungswunsches in Bezug auf genitalangleichende Operationen im Jungerwachsenenalter auch bei einer stabil persistierenden Geschlechtsinkongruenz Änderungen ergeben können, d.h. dass es zunehmend auch erwachsene trans Personen gibt, die keine Genitaloperation wünschen. Aufgrund dieser Erwägungen wird daher die Indikationsstellung für geschlechtsangleichende Genitaloperationen erst ab dem 18. Geburtstag empfohlen. Die aktuelle internationale Leitlinie *Standards of Care, Version 8* der WPATH schließt die Möglichkeit der Indikationsstellung für genitalangleichende chirurgische Eingriffe im Jugendalter nicht grundsätzlich aus, wenn strenge Indikationskriterien beachtet werden. Lediglich eine geschlechtsangleichende Phalloplastik wird für Minderjährige ausdrücklich nicht empfohlen (Coleman et al., 2022a).

Bei den vorzunehmenden Abwägungen sind bei irreversiblen chirurgischen Eingriffen die potenziellen bleibenden gesundheitlichen Schäden im Falle eines späteren Detransitionswunsches deutlich höher zu gewichten als bei partiell und progredient irreversiblen Hormonbehandlungen. Dies ist entsprechend mit dem aktuellen geschlechtsdysphorischen Leidensdruck abzuwägen, der insbesondere bei einer Brustdysphorie bei trans männlichen Jugendlichen sehr hoch sein und die psychische Gesundheit erheblich beeinträchtigen kann.

Wenn sich im Zuge einer dauerhaft persistierenden Geschlechtsinkongruenz nach einer vollständig vollzogenen Transition bereits seit mehreren Jahren eine stabile geschlechtliche Identität im

Jugendalter gefestigt hat, einschließlich eines stabil verbesserten Kongruenzempfindens mit der unter einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung eingetretenen Virilisierung bzw. Feminisierung des körperlichen Erscheinungsbildes unter geschlechtsangleichender Hormonbehandlung, kann bei ausgeprägtem geschlechtsdysphorischem Leidensdruck und entsprechendem Behandlungswunsch die Indikationsstellung für eine geschlechtsangleichende Brust-Operation auch im Jugendalter erwogen werden. Nach den bisherigen klinischen Erfahrungen der an der Leitlinienerstellung beteiligten Expert*innen betrifft dies bislang fast ausschließlich die Mastektomie bei trans Jungen, die bereits über einen längeren Zeitraum stabil in der männlichen Geschlechtsrolle leben und sich darin unter einer laufenden Testosteronbehandlung weiter gefestigt haben. Unter einer Testosteronbehandlung bleibt erfahrungsgemäß der geschlechtsdysphorische Leidensdruck in Bezug auf das Erscheinungsbild der Brust meist anhaltend bestehen oder kann sogar zunehmen (Olson-Kennedy et al., 2018).

In dieser Leitlinie werden daher nur Empfehlungen für das Vorgehen bei der Indikationsstellung für geschlechtsangleichende plastisch-chirurgische Eingriffe an der Brust ausgeführt. Genitalangleichende Operationen werden erst nach Erreichen des 18. Lebensjahres empfohlen. Hierfür sind die Empfehlungen der S3-Leitlinie *Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Transgesundheit* für das Erwachsenenalter (DGfS, 2018) sowie die internationale Leitlinie *Standards of Care 8* der WPATH (Coleman et al., 2022a) maßgeblich.

In aktuellen internationalen Leitlinien wird eine Mastektomie bei begründeter Indikation für trans männliche minderjährige Jugendliche als operative Option aufgeführt (Coleman et al., 2022a; Hembree et al., 2017). In bisherigen Kohortenstudien wurde berichtet, dass bei hohem individuellem Leidensdruck der Betroffenen – insbesondere bei bereits mit Testosteron behandelten und langjährig im männlichen Geschlecht stabil lebenden trans männlichen Jugendlichen – auch Minderjährige geschlechtsangleichende Mastektomien erhalten (Marinkovic & Newfield, 2017; Olson-Kennedy et al., 2018).

In den vorliegenden Studien wird ein überwiegend positiver Behandlungserfolg berichtet hinsichtlich Reduzierung der Brustdysphorie und Zufriedenheit der Behandelten. Der brustdysphorische Leidensdruck von trans männlichen Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie ist in vielen Fällen erheblich. Dabei können nach den bisherigen klinischen Erfahrungen der an der Leitlinienerstellung beteiligten Expert*innen gesundheitliche Risiken entstehen. Jahrelanges tägliches Abbinden der Brust kann zu Atembeeinträchtigung und Haltungsschäden mit Rückenbeschwerden führen, wodurch die sportliche Aktivität stark eingeschränkt sein kann. Zudem ist bei vielen geschlechtsdysphorischen Jugendlichen die psychosoziale Teilhabe eingeschränkt z.B. durch jahrelanges Vermeiden von Schwimmbadbesuchen oder anderen sozialen Aktivitäten aus Scham über die Sichtbarkeit der weiblichen Brustwölbung. Auch der Zugang zum Arbeitsmarkt ist bei geschlechtsinkongruenten Jugendlichen nach sozialer Transition ohne

Angleichung ihres körperlichen Erscheinungsbildes oft erschwert, da Inkongruenzen zwischen dem sozial gelebten Geschlecht und den biologischen Geschlechtsmerkmalen äußerlich sichtbar sind und transfeindliche Reaktionen der sozialen Umgebung begünstigen können. Es ist daher ein sorgfältiges Abwägen der Risiken der geschlechtsangleichenden Operation gegenüber den Risiken und Belastungen der nicht chirurgisch behandelten Geschlechtsdysphorie in jedem Einzelfall erforderlich.

Nach aktuellen Leitlinien gibt es keine aus Studienergebnissen ableitbare Evidenz für oder gegen definierte Altersgrenzen für geschlechtsangleichende Brustoperationen bei minderjährigen Jugendlichen mit diagnostisch gesicherter Geschlechtsinkongruenz. Daher sollte sich der Zeitpunkt der Indikation nach dem individuellen Gesundheitszustand richten (Hembree et al., 2017). Abzuwägen sind Aspekte des Leidensdrucks, der kognitiven und emotionalen Reife und der zeitlich anhaltenden Stabilität der Diagnose. Geschlechtsangleichende Brustoperationen bei Minderjährigen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie erfordern demnach die sorgfältige einzelfallbezogene Indikationsstellung in interdisziplinärer Kooperation zwischen den involvierten psychiatrisch-psychotherapeutischen sowie chirurgischen Fachpersonen. Die im Hinblick auf die Irreversiblität des Eingriffs vorzunehmenden ethischen Abwägungen sind komplex. Sie sind in Kapitel X → *„Rechtliche Grundlagen & ethische Maßgaben für die Behandlung Minderjähriger mit Geschlechtsinkongruenz*“ erläutert. In besonders komplexen Fällen, wenn die Abwägung im interprofessionellen Austausch sich schwierig oder kontrovers darstellt, ist der beratende Einbezug einer medizinethischen Fachperson zur Klärung zu erwägen.

Konsensbasierte Empfehlung:

VII.K23.	Die Indikationsstellung einer geschlechtsangleichenden Mastektomie oder operativen Brustverkleinerung bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie soll in interdisziplinärer Kooperation erfolgen. Voraussetzung für eine Indikationsstellung ist eine der Dringlichkeit und Komplexität der Einzelsituation angemessene sorgfältige diagnostische Einschätzung und Abklärung durch eine in der Diagnostik und Behandlung der Gechlechtsdysphorie im Jugendalter erfahrene psychiatrisch-psychotherapeutische Fachperson. Der somatische Teil der Indikationsstellung soll im Hinblick auf ihre Voraussetzungen durch eine erfahrene Fachperson aus der operativen Medizin gestellt werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Konsensbasierte Empfehlung:

VII.K24.	Die Qualifikation der Fachperson für den jugendpsychiatrisch-psychotherapeutischen Teil der Indikationsstellung einer geschlechtsangleichenden Mastektomie oder Brustverkleinerung bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie sollte folgende Anforderungen erfüllen: Eine der folgenden für das Kindes- und Jugendalter spezifischen Qualifikationen: D: – fachärztliche Gebietsbezeichnung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie – Approbation für Kinder- und Jugendpsychotherapie – fachärztliche Gebietsbezeichnung für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie CH: – FMH-Titel Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie – Eidgenössisch anerkannte*r Psychotherapeut*in A: – Fachärzt*in für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Fachärzt*in für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin – Eintragung als Psychotherapeut*in mit Weiterbildung in Säuglings-, Kinder- und Jugendpsychotherapie Oder alternativ bei entsprechend ausgewiesener klinischer Expertise in der Diagnostik und Behandlung von Jugendlichen: D: – Fachärztliche Gebietsbezeichnung für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie – Approbation für Psychologische Psychotherapie CH: – FMH-Titel Psychiatrie und Psychotherapie A: – Fachärzt*in für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, Fachärzt*in für Psychiatrie und Neurologie

	– Eintragung als Psychotherapeut*in, Eintragung als klinische*r Psycholog*in

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN):

Die DGPPN spricht sich für einen stärkeren Empfehlungsgrad hinsichtlich der notwendigen Qualifikationen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachperson für die Indikationsstellung einer geschlechtsmodifizierenden Mastektomie oder Brustverkleinerung aus und schlägt folgende abgeänderte Formulierung vor:

Die Qualifikation der Fachperson für den jugendpsychiatrisch-psychotherapeutischen Teil der Indikationsstellung einer geschlechtsangleichenden Mastektomie oder Brustverkleinerung bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie **soll** folgende Anforderungen erfüllen: Eine der folgenden für das Kindes- und Jugendalter spezifischen Qualifikationen: *(Auflistung der Qualifikationen gleichlautend)*

Begründung siehe Anhang (bzw. *hier*).

Eine seit mehreren Jahren stabile/persistierende Geschlechtsinkongruenz nach den diagnostischen Kriterien der ICD-11 mit gleichzeitig bestehendem körperbezogenem geschlechtsdysphorischem Leidensdruck ist Grundvoraussetzung für die Indikationsstellung einer geschlechtsangleichenden Operation. Valide Einzelkriterien für die in Zukunft zu erwartende Persistenz/Stabilität der Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie liegen nicht vor und lassen sich aus der Studienlage aktuell nicht ableiten. Es obliegt also der psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachperson mit Erfahrung in der Exploration diverser Geschlechtsidentitätsentwicklungen von Jugendlichen im gemeinsamen Gespräch mit den Betroffenen und den Sorgeberechtigten eine individuelle Einschätzung aus der Gesamtschau der psychischen Befunde und der Lebensgeschichte der Jugendlichen zu erarbeiten. In komplexen Fallkonstellationen oder wenn die psychiatrisch-psychotherapeutische Fachperson über (noch) nicht hinreichende spezifische klinische Erfahrung in diesem Feld verfügt, steht es im Ermessen der beteiligten Fachpersonen beider Disziplinen, den Patient*innen und ihren Sorgeberechtigten zu empfehlen, zur fachlichen Absicherung der Indikation eine zusätzliche erfahrenere

fachliche Zweitsicht durch eine ausgewiesen erfahrene psychiatrisch-psychotherapeutische Fachperson zu empfehlen (siehe o.g. Empfehlung VII.K0).

Konsensbasierte Empfehlung:

VII.K25.	Voraussetzung für die Indikation einer geschlechtsangleichenden Mastektomie oder operativen Brustverkleinerung soll das Vorliegen einer seit mehreren Jahren stabilen/persistierenden Geschlechtsinkongruenz (nach den diagnostischen Kriterien der GI im Jugendalter/ ICD-11: HA60) mit geschlechtsdysphorischem Leidensdruck verbunden mit dem klaren Wunsch nach einer Veränderung des zu operierenden Organs bzw. Merkmals sein. Die sorgfältige diagnostische Einschätzung der Stabilität/Persistenz der Geschlechtsinkongruenz und des Behandlungswunsches soll in Zusammenarbeit der in der Diagnostik und Behandlung der Gechlechtsdysphorie im Jugendalter erfahrenen psychiatrisch-psychotherapeutische Fachperson mit den Patient*innen und ihren Sorgeberechtigten anhand der sorgfältigen Exploration der psychischen Befunde und der Lebensgeschichte erfolgen.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Wie in der Präambel dieser Leitlinie dargestellt, kann sowohl eine Behandlung als auch eine Nicht-Behandlung durch körpermodifizierende Maβnahmen irreversible Folgerisiken für Jugendliche mit Geschlechtsinkongruenz nach sich ziehen. Es sind daher in jedem Fall medizinethische Einzelfallabwägungen vorzunehmen. Hierbei soll eine alters- und entwicklungsabhängige Einschätzung des potenziellen Nutzens einer Behandlung (im Sinne einer Verhinderung der Zunahme des geschlechtsdysphorischen Leidensdrucks) gegenüber den Risiken der Behandlung (Nebenwirkungsprofil) vorgenommen werden. Die vorgenommenen ethischen Abwägungen hinsichtlich Nutzen und Risiken einer Behandlung versus Nicht-Behandlung sind im Indikationsschreiben aufzuführen (siehe unter 6.5 in diesem Kapitel → *„Empfohlene Inhalte eines Indikationsschreibens“*).

Konsensbasierte Empfehlung:

VII.K25a.	Die Begründung für die Indikation einer geschlechtsangleichenden Mastektomie oder operativen Brustverkleinerung soll eine ethisch reflektierte und auf den Einzelfall bezogene Nutzen-Risiko-Abwägung enthalten, sowohl des vorgesehenen Eingriffs, als auch des Nicht-Vornehmens dieses Eingriffs bzw. eines Abwartens bis zu einem späteren Zeitpunkt.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

6.4.1. Vorgehen bei Jugendlichen mit non-binärer Gechlechtsidentität

Es gibt bisher keine hinreichenden klinischen Erfahrungen sowie keine Studien mit durchgeführten brustchirurgischen Eingriffen bei Jugendlichen mit non-binärer Identität und Geschlechtsdysphorie. Bisherige Erfahrungen bei Jugendlichen beschränken sich bislang auf einige wenige extrem seltene Einzelfälle. Grundsätzlich ist es weder medizinisch noch ethisch vertretbar, Patient*innen mit behandlungsbedürftiger Geschlechtsinkongruenz aufgrund ihrer non-binären Selbstbeschreibung vom Zugang zu medizinischer Versorgung auszuschließen. Aus diesem Grunde sind non-binäre Personen in den handlungsleitenden diagnostischen Konzeptualisierungen sowohl der ICD-11, als auch des DSM-5 ausdrücklich inkludiert. Dennoch kann derzeit für Jugendliche mit non-binärer Identität unter 18 Jahren derzeit keine Leitlinienempfehlung für brustchirurgische Eingriffe gegeben werden. Es handelt sich hierbei auch im Erwachsenenalter um ein relativ neues Feld medizinischer Versorgung, demzufolge in den kommenden Jahren noch klinische Erfahrungen und Follow-Up-Studien zu den Behandlungsergebnissen von brustchirurgischen Eingriffen bei erwachsenen non-binären Personen mit Geschlechtsdysphorie abzuwarten sind, auf deren Basis auch bei jüngeren Patient*innen eine individualisierte medizinische Beratung und Aufklärung erfolgen kann.

Sondervotum der Bundesvereinigung Trans*, Trans-Kinder-Netz e.V. und Verband für lesbische, schwule, bisexuelle, trans*, intersexuelle und queere Menschen in der Psychologie e.V.:

Der Bundesverband Trans*, der Verband für lesbische, schwule, bisexuelle, trans*, intersexuelle und queere Menschen in der Psychologie e.V. und Trans-Kinder-Netz e.V. möchten mit diesem Sondervotum eine ursprünglich vor der Konsultationsphase formulierte Empfehlung (s.u.) unverändert in der Leitlinie belassen:

„Die Indikationsstellung für eine geschlechtsangleichende Mastektomie oder Brustverkleinerung sollte unabhängig von der Polarität bzw. Binarität der Geschlechtsidentität und unabhängig von der sexuellen Orientierung getroffen werden.“

Begründung siehe Anhang (bzw. *hier*).

6.4.2. Besondere Fallkonstellationen

In aller Regel gehen einer geschlechtsangleichenden Operation bei Minderjährigen eine über mehrere Jahre stabil gelebte soziale Transition sowie eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung über mehrere Monate voraus. Die Indikation bedingt eine Einschätzung der hinreichenden Stabilität/Persistenz des Behandlungswunsches sowie der individuellen dauerhaften psychosozialen Lebbarkeit einer Transition. Für geschlechtsangleichende Operationen ohne vorherige geschlechtsangleichende Hormongabe gibt es bisher keine Evidenz, da nach früheren Leitlinien die Reihenfolge der Interventionen festgelegt war und vor einer geschlechtsangleichenden Operation obligatorisch einer geschlechtsangleichende Hormonbehandlung erfolgen musste. Dennoch zeigt die klinische Erfahrung, dass in einzelnen Fällen z.B. der stabile Wunsch einer Mastektomie besteht ohne eine vorangehende Testosteronbehandlung. In den neuen Leitlinien der WPATH wird diese Möglichkeit für Einzelfälle auch bei Minderjährigen ausdrücklich erwähnt (Coleman et al., 2022a). Solche Fälle zeigen sich nach klinischer Erfahrung häufiger bei Personen mit nicht-binärer Geschlechtsidentität und/oder mit einer koinzidenten Autismus-Spektrum-Störung. Diese Fälle bedürfen einer besonders sorgfältigen Prüfung hinsichtlich eines anhaltenden spezifisch geschlechtsdysphorischen Leidensdrucks sowie der Stabilität des Behandlungswunsches, um die in Betracht zu ziehenden gesundheitlichen Nutzen und Risiken eines solchen Vorgehens im Einzelfall abzuwägen. Es liegen zudem keine Informationen aus der Literatur über Verläufe von jugendlichen Betroffenen vor, bei denen eine geschlechtsangleichende Operation ohne vorangegangene soziale Transition durchgeführt wurde. Es gibt klinische Berichte von Fällen erwachsener Patient*innen mit nicht-binären Identitäten, in denen weder eine soziale Transition noch eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung gewünscht wird, jedoch der anhaltende Wunsch einer

geschlechtsangleichenden Mastektomie besteht bei starker anhaltender Körperdysphorie in Bezug auf das Brustprofil. In der S3-Leitlinie für das Erwachsenenalter wird für solche Fallkonstellationen ein individualisiertes Vorgehen empfohlen, bei dem eine vorangegangene soziale Transition oder Testosteronbehandlung nicht als zwingende Voraussetzung für die Indikation zu einer Mastektomie empfohlen wird (DGfS, 2018).

Im Jugendalter ist nach überwiegend einhelliger Ansicht der an der Leitlinienerstellung beteiligten Expert*innen für eine Indikationsstellung zu einem geschlechtsangleichenden operativen Eingriff die hinreichende Überprüfung der sozialen Lebbarkeit und hierbei anhaltend stabil bleibenden Stimmigkeit der empfundenen Geschlechtsidentität aufgrund der andernfalls weitgehend unabsehbaren Risiken irreversibler gesundheitlicher Schäden besonders wichtig und hervorzuheben.

Konsensbasierte Empfehlung:

VII.K26.	Zur Vorbereitung einer geschlechtsangleichenden Mastektomie oder Brustverkleinerung bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie sollte eine soziale Erprobung der gewünschten Geschlechtsrolle erfolgen, sofern dies mit dem Diskriminierungsschutz vereinbar ist. In Fällen, in denen die soziale Unterstützung durch das Umfeld nicht ausreicht, sollte eine psychotherapeutische Begleitung des Transitionsprozesses angeboten werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN):

Die DGPPN spricht sich für einen stärkeren Empfehlungsgrad bezüglich eines Angebots für eine begleitende Psychotherapie im Transitionsprozess aus, wenn das soziale Umfeld wenig Unterstützung bietet und schlägt folgende abgeänderte Formulierung vor:

Zur Vorbereitung einer geschlechtsangleichenden Mastektomie oder Brustverkleinerung bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie sollte eine soziale Erprobung der gewünschten Geschlechtsrolle erfolgen, sofern dies mit dem Diskriminierungsschutz vereinbar ist. In Fällen, in denen die soziale Unterstützung durch das Umfeld nicht ausreicht, **soll** eine psychotherapeutische Begleitung des Transitionsprozesses angeboten werden.

Begründung siehe Anhang (bzw. *hier*).

Gemäß überwiegender Erfahrung der in der Leitlinienkommission tätigen Expert*innen sind die ersten Monate nach Beginn der geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung von Jugendlichen häufig eine Phase, in der sich eine weitere Stabilisierung der Gesamtsituation der Betroffenen zeigt. Eine Beobachtungsphase von mindestens 6 Monaten scheint somit geeignet vor einer geschlechtsangleichenden Brustoperation sicher zu stellen, dass sich an der Persistenz einer gefestigten Geschlechtsidentität unter dem Eindruck hormonell induzierter Körperveränderungen nichts ändert. Gemäß klinischer Erfahrung der auf geschlechtsangleichende Brustoperationen spezialisierten chirurgischen Fachpersonen verändert sich zudem das Brustgewebe unter einer Testosterongabe, sodass das kosmetische Ergebnis der geschlechtsangleichenden Brustoperation durch einen mehrmonatigen Abstand zwischen Beginn der Hormonbehandlung und Operation unter Umständen günstig beeinflusst wird. Der Zeitraum von mindestens 6 Monaten hat sich nach überwiegender bisheriger klinischer Erfahrung der an der Leitlinienerstellung beteiligten Expert*innen bewährt und wird daher von der Kommission als sinnvoll erachtet. Die aktuellen internationalen medizinischen Leitlinien der *Endocrine Society* und der *World Professional Association for Transgender Health (WPATH)* treffen zur empfohlenen Mindestdauer einer Hormontherapie keine Aussage.

Konsensbasierte Empfehlung:

VII.K27.	In begründeten Einzelfällen kann eine geschlechtsangleichende Mastektomie oder brustverkleinernde Operation bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie ohne vorherige geschlechtsangleichende Hormonbehandlung erwogen werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

6.4.3. Diagnostik und Behandlung assoziierter psychischer Störungen

Aufgrund der Häufigkeit von psychischen Störungen bei geschlechtsinkongruenten bzw. geschlechtsdysphorischen Jugendlichen sollten diese Störungen fachgerecht diagnostiziert und bei Bedarf behandelt werden. Die psychosoziale Unterstützung der Betroffenen und ihrer Familien ist essenziell für einen positiven Verlauf der körpermodifizierenden Behandlung und der weiteren gesundheitlichen Entwicklung. Da jedoch nicht alle Jugendlichen mit einer Geschlechtsinkongruenz von psychischen Störungen betroffen sind, ist der Bedarf an professioneller psychosozialer Unterstützung individuell

einzuschätzen. Voraussetzung für eine fachgerechte Indikationsstellung zu einem geschlechtsangleichenden operativen Eingriff ist gleichwohl in jedem Fall eine psychiatrisch-psychotherapeutische Diagnostik (Assessment) und Prozessbegleitung, um sicher zu stellen, dass ggf. bestehende psychische Gesundheitsprobleme adäquat diagnostiziert und behandelt werden und nicht mit der diagnostischen Sicherheit oder mit der körpermodifizierenden Behandlung interferieren.

Konsensbasierte Empfehlung:

VII.K28.	Besteht vor einer Indikationsstellung einer geschlechtsangleichenden Mastektomie bzw. Brustverkleinerung eine über den geschlechtsdysphorischen Leidensdruck hinausgehende koinzidente psychische Störung, die mit der Behandlung interferiert, sollte in einem integrierten bzw. vernetzten Behandlungskonzept eine fachgerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Intervention empfohlen werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN):

Die DGPPN spricht sich für einen stärkeren Empfehlungsgrad für die vernetzte Behandlung einer koinzidenten psychischen Störung sowie für die gemeinsame Priorisierung der Behandlungsschritte, wenn eine geschlechtsmodifizierende Mastektomie bzw. Brustverkleinerung geplant ist, aus und schlägt folgende abgeänderte Formulierung vor:

Besteht vor einer Indikationsstellung einer geschlechtsangleichenden Mastektomie bzw. Brustverkleinerung eine über den geschlechtsdysphorischen Leidensdruck hinausgehende koinzidente psychische Störung, die mit der Behandlung interferiert, sollte in einem integrierten bzw. vernetzten Behandlungskonzept eine fachgerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Intervention empfohlen werden. **Dabei sollen im Dialog mit dem/der Patient*in die Behandlungsschritte priorisiert werden.**

Begründung siehe Anhang (bzw. *hier*).

6.4.4. Wichtige Inhalte der Aufklärung und informierte Zustimmung

Vor einer Indikationsstellung zu einer geschlechtsangleichenden Mastektomie bzw. brustverkleinernden OP bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie ist eine umfassende Aufklärung der Patient*innen und ihrer Sorgeberechtigten über mögliche Folgen und Komplikationen der Operation sowie mögliche Auswirkungen auf Körpererleben, Beziehungserleben, Sexualität und Stillfähigkeit durchzuführen. Mögliche Vor- und Nachteile sowie Risiken der geschlechtsangleichenden Operation sind dabei aufzuzeigen und gemeinsam mit den Betroffenen und deren Sorgeberechtigten abzuwägen. Ebenso ist darauf zu achten, für den Fall einer zu einem späteren Zeitpunkt gewünschten genitalangleichenden Operation frühzeitig über die zugänglichen Möglichkeiten der Kryokonservierung zum Erhalt der eigenen Fortpflanzungsfähigkeit aufzuklären. Bei der Aufklärung ist darauf hinzuweisen, dass sich in der Frage des Kinderwunsches im Lebensverlauf häufig Veränderungen ergeben und dass der Verzicht auf eine Kryokonservierung das Risiko eines späteren unerfüllt beibenden leiblichen Kinderwunsches birgt.

Grundsätzlich ist zu fordern, dass angesichts der Tragweite einer Entscheidung für einen irreversiblen operativen Eingriff minderjährige Patient*innen eigenverantwortlich ihre informierte Zustimmung geben können. Dies setzt wiederum eine fachgerechte individuelle Feststellung ihrer Einwilligungsfähigkeit (D)/ Urteilsfähigkeit (CH)/ Entscheidungsfähigkeit (A) voraus. Diese beinhaltet u.a. die sorgfältige Reflexion der Irreversibilität des Eingriffs einschließlich des Risikos eines späteren Bereuens der Entscheidung im Falle einer Detransition (siehe hierzu Ausführungen Kapitel X → *„Rechtliche Grundlagen & ethische Maßgaben für die Behandlung Minderjähriger mit Geschlechtsinkongruenz*“).

Konsensbasierte Empfehlung:

VII.K29.	Die Indikationsstellung für operative Maßnahmen zur Geschlechtsangleichung bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie soll die Prüfung der Einwilligungsfähigkeit (D) / Urteilsfähigkeit (CH) / Entscheidungsfähigkeit (A) des/der Patient*in durch eine jugendpsychiatrisch-psychotherapeutische Fachperson beinhalten. Bei nicht hinreichender Einwilligungsfähigkeit (D)/ Urteilsfähigkeit (CH)/ Entscheidungsfähigkeit (A) sollte die minderjährige Person darin gefördert werden, diese Fähigkeit zu erlangen.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Konsensbasierte Empfehlung:

VII.K30.	Bei gegebener Einwilligungsfähigkeit (D)/ Urteilsfähigkeit (CH)/ Entscheidungsfähigkeit (A) der minderjährigen Person sollte ein Co-Konsens der Sorgeberechtigten angestrebt werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN):

Die DGPPN spricht sich für einen stärkeren Empfehlungsgrad zum Anstreben des Co-Konsens mit den Sorgeberechtigten vor körpermodifizierenden medizinischen Interventionen aus und schlägt folgende abgeänderte Formulierung vor:

Bei gegebener Einwilligungsfähigkeit (D)/ Urteilsfähigkeit (CH)/ Entscheidungsfähigkeit (A) der minderjährigen Person **soll** ein Co-Konsens der Sorgeberechtigten angestrebt werden.

Begründung siehe Anhang (bzw. *hier*).

Konsensbasierte Empfehlung:

VII.K31.	In Fällen, in denen kein Co-Konsens zwischen Patient*in und Sorgeberechtigten besteht, sollte eine intensive Prozessbegleitung des Familiensystems durch eine geeignete Fachperson angeboten werden mit dem Ziel, dass eine Unterstützung des/der Patient*in ermöglicht wird. Eine solche Prozessbegleitung wird nur empfohlen, wenn hierdurch keine schädlichen Auswirkungen auf das gesundheitliche/psychische Wohl des/der Patient*in zu erwarten sind.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Wenn in Einzelfällen trotz intensiver Beratung kein Co-Konsens zwischen Betroffenen und Sorgeberechtigten hinsichtlich der Durchführung einer gewünschten und medizinisch indizierten maskulinisierenden Brust-Operation erzielt werden kann, entsteht hinsichtlich der gesundheitlichen

Gefährdung eine komplexe Dilemmasituation. Die psychosozialen Langzeit-Implikationen eines anhaltenden Konflikts zwischen einer jugendlichen trans Person und ihren Eltern um die Frage der Unterstützung eines selbstbestimmten Lebensweges sind für beide Seiten erheblich und erscheinen deshalb nicht allein auf sorgerechtlichem Weg im Sinne des gesundheitlichen Wohlergehens des Jugendlichen lösbar. Andererseits impliziert ein anhaltender Leidensdruck bei Nicht-Durchführung einer fachgerecht indizierten medizinischen Behandlung ein erhöhtes Risiko für negative gesundheitliche Folgen. In einer solchen Fallkonstellation sind im vorrangigen Interesse des gesundheitlichen Wohls der minderjährigen Person intensive psychosoziale Maßnahmen zu erwägen, um diese auf dem Weg, ihr Leben entsprechend ihrer geschlechtlichen Identität zu gestalten, zu unterstützen. Hierzu kann im Einzelfall auch die therapeutische Begleitung eines notwendigen Ablösungsprozesses gehören. Bleibt ein Konflikt trotz aller professioneller Bemühungen anhaltend unlösbar, obliegt es dem Jugendamt, ggf. geeignete Schritte der Klärung im Interesse des Kindeswohls einzuleiten. Die bei einer eigenverantwortlichen selbstbestimmten Entscheidung einwilligungsfähiger (D) / urteilsfähiger (CH) /entscheidungsfähiger (A) Minderjähriger bei Dissens mit ihren Sorgenberechtigten zu beachtenden gesetzlichen Maßgaben des jeweiligen Landes sind in Kapitel X → *„Rechtliche Grundlagen & ethische Maßgaben für die Behandlung Minderjähriger mit Geschlechtsinkongruenz*“ ausgeführt.

6.5. Empfohlene Inhalte eines Indikationsschreibens

Entsprechend den in diesem Kapitel ausgeführten Empfehlungen wird nochmals zusammengefasst aufgelistet, was in einem kinder- und jugendpsychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Indikationsschreiben für körpermodifizierende Interventionen im Jugendalter (d.h. Pubertätsblockade, geschlechtsangleichende Hormonbehandlung oder brustchirurgische geschlechtsangleichende Operation) zu berücksichtigen ist. Es sollten in einem solchen Indikationsschreiben inhaltliche Angaben zu folgenden Punkten enthalten sein, die für die Mitbehandelnden, die den somatischen Teil einer interdisziplinär zu stellenden Indikation ärztlich verantworten, nachvollziehbar sind:

- ethische Einzelfallabwägung unter Berücksichtigung des zu erwartenden Nutzens und der potenziellen Risiken der Behandlung sowie der Nicht-Behandlung mit individueller Begründung der Notwendigkeit der indizierten Maßnahme
- diagnostische Einschätzung einer stabilen/persistierenden Geschlechtsinkongruenz nebst Begründung aus dem bisherigen Entwicklungsverlauf
- früherer und bestehender bzw. antizipierter geschlechtsdysphorischer Leidensdruck
- bisherige bzw. geplante soziale Rollenerprobungen bzw. soziale Transition

- psychischer Gesundheitszustand und ggf. begleitende psychische Gesundheitsprobleme oder Störungen
- im Falle koinzidenter psychischer Störung: erfolgte Diagnostik und diagnostische Einschätzung der Interdependenz mit der Geschlechtsdysphorie (individuelles Störungsmodell) sowie integrierter Behandlungsplan
- anhaltender und reflektierter Wunsch nach medizinischer Intervention
- differenzierte Einschätzung der Einwilligungsfähigkeit (D)/ Entscheidungsfähigkeit (A)/ Urteilsfähigkeit (CH) auf Basis informierter Zustimmung zu gewünschter Behandlung
- Informiertheit zu möglicher Perspektive einer späteren Detransition
- erfolgte Aufklärung zu möglichen Auswirkungen der Behandlung auf die spätere Fertilität und Möglichkeiten der Fertilitätsprotektion
- erfolgte Aufklärung über mögliche Risiken der Behandlung (z.B. Diskriminierungsrisiko, Detransitionsrisiko)
- Angaben zur Unterstützung des familiären und sozialen Umfeldes für den weiteren Weg der Transition inkl. Co-Konsens der Sorgeberechtigten

Kapitel VIII

Somatische Aspekte hormoneller Interventionen

1. **Einleitung und Leitfragen**

2. **Behandlung mit GnRH-Analoga (Pubertätsblocker)**

   2.1. Ziele einer Pubertätssuppression

   2.1. Pharmakodynamik und Pharmakokinetik von GnRH-Analoga

   2.2. Mögliche unerwünschte Nebenwirkungen von GnRH-Analoga

3. **Alternativen zu einer Pubertätssuppression im Jugendalter vor Beginn einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung**

   3.1. Behandlung mit Gestagenen bei bereits weitgehend abgeschlossener Pubertätsentwicklung

   3.2. Behandlung mit Antiandrogenen

4. **Geschlechtsangleichende Hormonbehandlung**

   4.1. Geschlechtsangleichende Hormonbehandlung bei trans-männlichen Jugendlichen

   4.2. Geschlechtsangleichende Hormonbehandlung bei trans-weiblichen Jugendlichen

   4.3. Aufklärung zu Off-Label-Verordnungen

1. Einleitung und Leitfragen

Hormonelle Interventionen im Rahmen einer gestuften und entwicklungsorientierten Behandlung von Jugendlichen mit persistierender Geschlechtsinkongruenz (GI) bzw. Geschlechtsdysphorie (GD) sind komplexe Eingriffe in den Verlauf der pubertären Reifeentwicklung, die einer sorgfältigen individualisierten Indikationsstellung bedürfen. Hierzu gehört eine auf die Gegebenheiten des Einzelfalls abzustimmende Nutzen-Risiko-Abwägung. Die an der Erstellung dieser Leitlinie beteiligten Expert*innen teilen überwiegend die Auffassungen der aktuellen internationalen Leitlinien der *Endocrine Society* (Hembree et al., 2017) sowie der *World Professional Association for Transgender Health (WPATH;* Coleman et al., 2022). Diesen zufolge kann, insbesondere für den Einsatz von Pubertätsblockern, eine pauschale Nutzen-Risiko-Abwägung ausschließlich auf der Basis von Studiendaten der Komplexität medizinischer Entscheidungssituationen in diesem Feld nicht gerecht werden.

Diese uneindeutige Nutzen-Risiko-Bilanz für den Einsatz von Pubertätsblockern führt dazu, dass pubertätsunterdrückende Hormonblocker beispielsweise vom NHS England nur noch im Rahmen klinischer Studien empfohlen werden (siehe Kapitel zu kritischen Diskursen und abweichenden Empfehlungen in anderen Ländern im Anhang). Die dort bisher angewandten Behandlungsprinzipien, weichen z.T. erheblich von der international etablierten *Best Practice* ab (Pang et al., 2022). So musste bis April 2024 in England bei jedem bzw. jeder Jugendlichen mit diagnostizierter GD eine mindestens zwölfmonatige Pubertätsblockade durchgeführt werden, bevor eine indizierte geschlechtsangleichende Hormonbehandlung beginnen kann. Aufgrund der extrem langen Wartezeiten sind viele Patient*innen bei Behandlungsbeginn bereits 16 Jahre und älter. Sie sind somit in einem Alter, in dem der Nutzen einer Pubertätsblockade aufgrund der weitgehend abgeschlossenen Reifeentwicklung fraglich ist, unerwünschte menopausale Nebenwirkungen hingegen überwiegen (Hembree et al., 2017; O'Connell et al., 2022).

Just solche veralteten Behandlungsempfehlungen vergangener Jahrzehnte sind in vorliegende Studiendaten eingegangen und tragen zur uneindeutigen Evidenzlage bei.[1] Für hormonelle Interventionen zur gestuften Behandlung von Jugendlichen mit diagnostisch gesicherter persistierender GI bzw. GD ist daher die Abwägung von erwartetem Nutzen und zu bedenkenden Risiken einzelfallbezogen vorzunehmen. Dabei ist u.a. das Stadium der pubertären Reife bei Beginn einer Behandlung sowie das Ausmaß und die Dauer des geschlechtsdysphorischen Leidensdruckes zu berücksichtigen. Bei einer erwogenen Pubertätsblockade ist deren geplante zeitliche Begrenzung ein

[1] Eine tabellarische Auflistung aller systematisch gesichteten Studien zu Outcomes und Nebenwirkungen einer Pubertätsblockade mit Angaben zum Alter der Studienteilnehmer bei deren Beginn (Mittelwert oder Median und Range) ist im Anhang zum Methodenreport dargestellt.

wichtiger Aspekt, vor dem Hintergrund möglicher unerwünschter Nebenwirkungen. Für dieses Kapitel wurden von der Leitlinienkommission a priori folgende drei Leitfragen formuliert:

Leitfragen zu somatischen Aspekten hormoneller Interventionen im Jugendalter:

- Welche somatischen Aspekte sind beim endokrinologischen Teil der Indikationsstellung, Aufklärung und individuellen Planung von hormonellen Interventionen im Jugendalter zu berücksichtigen?
- Kann die Behandlung mit GnRH-Analoga zur Pubertätssuppression bei Jugendlichen mit persistierender Geschlechtsinkongruenz/Geschlechtsdysphorie im Hinblick auf bekannte Risiken als hinreichend sicher angesehen werden?
- Kann die geschlechtsangleichende Hormonbehandlung mit Testosteron bzw. Östrogen bei Jugendlichen mit persistierender Geschlechtsinkongruenz/Geschlechtsdysphorie im Hinblick auf bekannte Risiken als hinreichend sicher angesehen werden?

Voraussetzung für den Beginn einer hormonellen Behandlung ist in jedem Fall eine fachgerechte interdisziplinäre Indikationsstellung durch qualifizierte medizinische bzw. psychotherapeutische Fachpersonen, die hinreichend Erfahrung mit der Thematik haben (siehe Kapitel VII → „*Indikationsstellung für körpermodifizierende medizinische Interventionen*“). Hierbei ist das gewünschte und realistisch erreichbare Ziel einer hormonellen Behandlung in jedem Einzelfall zu prüfen und gemeinsam mit den zu bedenkenden Risiken mit den Patient*innen und ihren Sorgeberechtigten abzuwägen.

2. Behandlung mit GnRH-Analoga (Pubertätsblocker)

2.1. Ziele einer Pubertätssuppression

Wie im vorangegangenen Kapitel VII → *„Indikationsstellung für körpermodifizierende medizinische Interventionen“* ausgeführt, kann nach den Empfehlungen aktueller internationaler medizinischer Leitlinien, wenn durch eine kinder- und jugendpsychiatrische bzw. -psychotherapeutische Diagnostik bei einem bzw. einer Jugendlichen eine persistierende Geschlechtsinkongruenz mit geschlechtsdysphorischem Leidensdruck festgestellt wurde, frühestens ab einem Pubertätsentwicklungsstadium Tanner 2 eine pubertätsunterdrückende Behandlung erwogen werden (Coleman et al., 2022; de Vries et al., 2006; Hembree et al., 2017). Ist die pubertäre Reifung bereits weiter fortgeschritten, kann alternativ erwogen werden, durch eine suppressive Hormonbehandlung (z.B. Antiandrogene bei trans weiblichen Jugendlichen) der fortschreitenden Ausbildung der sekundären Geschlechtsmerkmale entgegenzuwirken bzw. bei trans-männlichen

Jugendlichen die Menstruation mit einem *Gestagenpräparat* zu unterdrücken (s.u. Abschnitt 3 „Alternativen zur Pubertätssuppression“).

Durch den Wirkmechanismus einer Pubertätsblockade (s.u.) wird lediglich ein *Fortschreiten der Reifeentwicklung verhindert*, d.h. die bereits begonnene Ausbildung der sekundären Geschlechtsmerkmale wird für eine begrenzte Zeit auf ihrem Stand zu Behandlungsbeginn *angehalten* bzw. kann es – bei frühem Pubertätsstadium - zu einer leichten Regression der Pubertätszeichen kommen (betrifft z.B. Brustentwicklung, Hodenvolumen). Die grundlegende Zielführung dahinter ist, den Hauptstressor des geschlechtsdysphorischen Leidensdruckes, also die fortschreitende Maskulinisierung bzw. Feminisierung des körperlichen Erscheinungsbildes, abzumildern. In dem Maße, in dem sich weibliche bzw. männliche Geschlechtsmerkmale bereits ausgebildet haben (z.B. weibliches Brustwachstum bei trans-männlichen Jugendlichen oder männlicher Stimmwechsel bei trans-weiblichen Jugendlichen) bleibt der körperliche Stressor unter einer Pubertätsblockade unverändert, d.h. es wird lediglich dessen *Aggravation* verhindert. Dies ist bei der Definition von Outcome-Maßen bei Studien, die den ausschließlichen Effekt einer Pubertätsblockade untersuchen, relativierend zu bedenken (Cass, 2022). So kann es einem realistischen Ziel entsprechen, einen vor Behandlung bestehenden psychischen Gesundheitszustand einigermaßen gleichbleibend stabil zu halten, d.h. *dessen Verschlechterung zu verhindern*. Dies ist bei der Bewertung der diesbezüglich schwachen Evidenz für positive Veränderungseffekte einer alleinigen Pubertätssuppression auf psychische Gesundheitsparameter zu berücksichtigen. Das könnte erklären, warum im Vergleich zur schwachen Evidenz für den alleinigen Nutzen einer vorübergehenden Pubertätsblockade die Evidenz für positive Outcomes für die psychische Gesundheit in *Studien zur geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung* ebenso wie zum Langzeit-Outcome des „Gesamtpakets“ einer im *Jugendalter beginnenden gestuften Transitionsbehandlung einschließlich späterer geschlechtsangleichender Operation* deutlicher und einheitlicher ist (siehe Ausführungen zur Studienlage in Kapitel VII → *„Indikationsstellung für körpermodifizierende medizinische Interventionen“*).

Im Einzelfall abzuwägen ist, dass junge Menschen mit einer persistierenden GI im Falle eines Fortschreitens der Pubertät lebenslange gesundheitliche Nachteile erfahren können (Deutscher Ethikrat, 2020), z.B. durch ein langfristig stigmatisierendes körperliches Erscheinungsbild mit erhöhtem geschlechtsdysphorischen Erleben sowie vermehrter Beeinträchtigung psychosozialer Teilhabe, z.B. bei der Aufnahme romantischer Beziehungen, Strand- oder Schwimmbadbesuchen etc.. Ein Ziel einer zeitlich begrenzten Pubertätsunterdrückung ist bei Jugendlichen häufig das Gewinnen von Zeit für einen geistigen Reife- und Reflexionsprozess, bevor eine Entscheidung für eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung getroffen werden kann (Brik et al., 2020; van der Loos et al., 2022). Diese Zeit wird u.a. oft benötigt, um die nötige Einwilligungsfähigkeit (D)/ Entscheidungsfähigkeit (A)/ Urteilsfähigkeit (CH) zu erlangen, also die Befähigung zu einer informierten

Entscheidung, bevor eine partiell irreversible geschlechtsangleichende Intervention eingeleitet wird (siehe Kapitel VII → *„Indikationsstellung für körpermodifizierende medizinische Interventionen“*).

Im bei Behandlungsbeginn mit hoher Wahrscheinlichkeit angenommenen Fall einer dauerhaften Persistenz der GI wird das spätere Erscheinungsbild einer jungen trans Person nach Einleiten einer späteren geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung insbesondere bei einer erfolgten Unterbrechung der pubertären Reifeentwicklung in deren frühen Stadien, weitestgehend dem empfundenen Geschlecht entsprechen. Das heißt, ihnen kann eine lebenslange Stigmatisierung durch Körpermerkmale des bei der Geburt zugewiesenen Geschlechts weitgehend erspart werden. Zudem werden spätere geschlechtsangleichende Eingriffe, wie Mastektomien, Kehlkopfoperationen, Bart-Epilationen oder kiefer-/gesichtschirurgische Eingriffe bei frühzeitig begonnener Pubertätsunterdrückung oft nicht mehr erforderlich (van de Grift et al., 2020).

2.2. Pharmakodynamik und Pharmakokinetik von GnRH-Analoga

GnRH-Analoga unterdrücken effektiv Gonadotropine und damit auch die Produktion von Sexualhormonen aus Hoden und Eierstöcken (Mejia-Otero et al., 2021; Schagen et al., 2016). Auf diese Weise können körperliche Veränderungen, wie männlicher Stimmwechsel, Bartwuchs oder weibliches Brustwachstum verhindert oder angehalten werden. Indem ein Fortschreiten der irreversiblen Maskulinisierung bzw. Feminisierung des körperlichen Erscheinungsbildes verhindert wird (s.o.), soll der Leidensdruck der Betroffenen entaktualisiert werden.

Aus Mikrokapseln werden die Depot-GnRH-Agonisten kontinuierlich freigesetzt und *blockieren* die GnRH-Rezeptoren der Hypophyse durch eine verlängerte Halbwertzeit und führen zur Abnahme der Anzahl der GnRH-Rezeptoren und der Sensibilität der LH- und FSH-produzierenden Zellen (für eine ausführliche Darstellung der Pharmakodynamik siehe Lahlou et al., 2000). Da es sich um einen Agonisten handelt, kommt es zum Beginn der Therapie zu einer Aktivierung der Pubertät mit Anstieg der Gonadotropine. Zur Verkürzung dieser *flare-up-Phase* kann der Spritzabstand der ersten beiden Injektionen verkürzt werden. Bei ca. 80% der Behandelten liegt nach sechs Monaten eine komplette Suppression der gonadotropen Achse vor.

Sowohl bei trans männlichen Jugendlichen, als auch bei trans weiblichen Jugendlichen sind GnRH-Analoga effektiv, um die Gonadotropine (und somit nachgeordnet die Sexualsteroide) zu supprimieren (de Vries et al., 2011). In der Regel wird Leuprorelin-Depot 11,25 mg alle drei bzw. 22,5 mg s.c. alle sechs Monate verwendet, alternativ Triptorelin-Depot 22,5 mg i.m. alle sechs Monate.

2.2.1. Vorzunehmende Laborkontrollen

Unter der Behandlung mit GnRH-Analoga sind die Gonadotropine in der Regel supprimiert. Auch bei unzureichender Suppression bleiben die Menses bei behandelten trans männlichen Jugendlichen fast immer aus. Ein geeigneter Indikator für die effektive Pubertätssuppression ist ein

supprimierter Estradiol- bzw. Testosteronspiegel im präpubertären Bereich. Die Laborkontrollen sollten alle sechs Monate erfolgen.

2.3. Mögliche Auswirkungen auf die Wachstumsprognose

Die steigenden Konzentrationen von Sexualhormonen in der Pubertät induzieren nicht nur die fortschreitende Ausbildung der sekundären Geschlechtsmerkmale, sondern beeinflussen auch das Knochenwachstum (pubertärer Wachstumsschub). Eine Unterdrückung der Pubertät kann somit eine Verlangsamung der Wachstumsgeschwindigkeit verursachen (Schulmeister et al., 2022) - die Epiphysenfugen bleiben allerdings im Gegenzug länger offen. Dies kann bei mehrjähriger Anwendung zu einer gesteigerten Endgröße führen, was vor allem für trans weibliche Jugendliche problematisch werden kann. Neuere Studien haben allerdings gezeigt, dass eine zeitlich begrenzte Behandlung mit GnRH-Analoga mit darauffolgender geschlechtsangleichender Hormonbehandlung im Langzeitverlauf keine relevanten Auswirkungen auf die erwachsene Endgröße bei Jugendlichen beiderlei Geschlechts hatte (Boogers et al., 2022; Willemsen et al., 2023).

2.4. Auswirkungen auf die Fertilität

Erfolgt eine Pubertätssuppression mittels GNRH--Analoga in einem frühen Pubertätsstadium, ist im Falle einer sich später nahtlos anschließenden geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung meist eine *dauerhafte Infertilität* aufgrund ausbleibender Ausreifung der Gonaden und des Reproduktionstrakts die Folge, wobei die Oozygoten-/Spermatogonienreserve erhalten bleibt (Feil et al., 2023). Vor Beginn einer pubertätsblockierenden Behandlung sollte daher die Frage einer ggf. künftig eingeschränkten Fertilität umfassend erörtert werden und eine medizinische Beratung zu *medizinischen Möglichkeiten einer Fertilitätsprotektion* angeboten werden (siehe Ausführungen in Kapitel VII → *„Indikationsstellung für körpermodifizierende medizinische Interventionen“*). Hierfür zu sensibilisieren ist bedeutsam, um einer jugendlichen Person die spätere Option eigener biologischer Fortpflanzung offen halten zu können bzw. um diese Option nicht uninformiert zu verbauen. Erwägungen hierzu können in Fällen, in denen die Oogenese bzw. Spermiogenese noch nicht bis zur Menarche bzw. Spermarche erfolgt ist, was wiederum eine Voraussetzung dafür wäre, um Eizellen oder Spermien für eine Kryokonservierung gewinnen zu können, eine Entscheidung über die Frage beeinflussen, ab wann eine gewünschte und indizierte Pubertätssuppression begonnen werden soll. Dies ist im Hinblick auf das gesundheitliche Wohl des jungen Menschen und die damit verbundene Dringlichkeit eines Behandlungsbeginns ggf. gegenüber dem bestehenden geschlechtsdysphorischen Leidensdruck sorgsam abzuwägen. Dabei sind die betroffene junge Person und ihre Sorgeberechtigten in diese Abwägungsprozesse einzubeziehen (siehe Ausführungen in Kapitel VIII → *„Rechtliche Grundlagen & ethischen Maßgaben für die Behandlung Minderjähriger mit GI“*).

Bisher ist die Rate der Inanspruchnahme von fruchtbarkeitserhaltenden Maßnahmen in Form von Kryokonservierung unter Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz, die eine Hormontherapie anstreben, noch sehr gering. In einer Studie von Nahata et al. (2017) waren es von 72 trans Jugendlichen lediglich zwei geburtsgeschlechtlich männliche Personen (d.h. trans weibliche Jugendliche), die eine Fertilitätsprotektion wünschten. Dieser Befund ist im Vergleich zu Befragungen von erwachsenen trans Personen bemerkenswert: Erwachsene trans Personen beiderlei Geschlechts gaben in einer vergleichenden multizentrischen Befragung in Deutschland (*N* = 99 trans weiblich; *N* = 90 trans männlich) deutlich häufiger an, dass ein Kinderwunsch für sie in Betracht komme (trans Frauen ca. 70%, trans Männer 47%) und dass deshalb Informationen zu den Möglichkeiten fruchtbarkeitserhaltender Maßnahmen gesucht wurden (Auer et al., 2018). Allerdings gaben nur 10% der trans Frauen und 3% der trans Männer in dieser Studie an, sich nach eingeholter Information real für eine Kryokonservierung von Keimzellen entschieden zu haben (Auer et al., 2018). Für den sehr geringen Anteil bei den trans Männern werden neben dem Umstand, dass durch den Beginn einer Testosteronbehandlung die Funktionsfähigkeit der Ovarien für eine spätere Reaktivierung im Falle eines eigenen Kinderwunsches ohnehin erhalten bleibt, v.a. zwei Gründe angegeben: Erstens das gesetzliche Verbot einer Eizellspende in Deutschland, zweitens die Möglichkeit, dass sich innerhalb einer Partnerschaft mit einer cis Frau ein gemeinsamer Kinderwunsch realistisch durch eine anonyme Samenspende realisieren lassen würde (Auer et al., 2018).

Für trans Frauen gibt es noch die Option bei der Entfernung der Hoden im Rahmen einer geschlechtsangleichenden Operation Hodengewebe zu kryokonservieren, da dort vereinzelt reife und mehrheitlich unreife Keimzellen vorhanden sind (wenn mindestens Pubertätsentwicklungsstadium G4 vor Beginn der Hormonbehandlung erreicht wurde), die für spätere Fertilisierungszwecke zum Einsatz kommen können (de Nie et al., 2022).

Es ist davon auszugehen, dass sich die Einstellung junger Menschen zur eigenen Fortpflanzungsfähigkeit im Erwachsenenalter ändern kann, was die Wichtigkeit einer umfassenden Aufklärung unterstreicht, die eben dies antizipiert. Die Beratung zu Fertilitätsprotektion bei jungen trans Personen ist ein relativ neues in Entwicklung befindliches Feld in der medizinischen Versorgung. Es ist zu erwarten, dass es in den kommenden Jahren – und damit auch in künftigen medizinischen Leitlinien – wachsende Bedeutung erfährt (für aktuelle Übersichten siehe Lai et al., 2020; Nahata et al., 2017; Quinn et al., 2021). Nach aktuellen Erfahrungsberichten wird von Jugendlichen mit GI und ihren Sorgeberechtigten eine gezielte Information und professionelle Unterstützung bei der Entscheidungsfindung für oder gegen fertilitätserhaltende Maßnahmen vor oder zu Beginn einer hormonellen Behandlung überwiegend positiv beurteilt (Boguszewski et al., 2022). Wird eine gezielte reproduktionsmedizinische Beratung durchgeführt, ist die Chance besonders hoch, dass sich trans

Mädchen für die Kryokonservierung von Spermien bzw. trans Jungen für eine Eizellspende entscheiden (Segev-Becker et al., 2020).

Konsensbasierte Empfehlung:

VIII.K1.	Vor Beginn einer pubertätsunterbrechenden oder geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung soll über eine infolge der Behandlung möglicherweise eingeschränkte Fertilität und die Möglichkeit von fruchtbarkeitserhaltenden Maßnahmen aufgeklärt werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

2.5. Mögliche Auswirkungen auf die sexuelle Empfindungsfähigkeit

Im Hinblick auf die Auswirkungen hormoneller Interventionen im Jugendalter auf die spätere sexuelle Zufriedenheit und Empfindungsfähigkeit ist die Studienlage uneinheitlich. Direkte negative Auswirkungen ausschließlich hormoneller Interventionen sind bisher nicht belegt. Aus der klinischen Erfahrung der an der Leitlinienentwicklung beteiligten Expert*innen ist bekannt, dass trans männliche Jugendliche unter begonnener Testosteronbehandlung häufig von einer Libidosteigerung mit erhöhter sexueller Bereitschaft berichten. Da diese Jugendlichen mitunter in Beziehungen mit männlichen Liebespartnern sexuell aktiv sind, was Geschlechtsverkehr einschließen kann (bei dem sie sich selbst in der Regel dennoch als männliche Person erleben), sind sexuelle Aktivitäten zu erfragen und ggf. ist auf die Notwendigkeit einer Empfängnisverhütung hinzuweisen, zumal der Eisprung unter begonnener Testosteronbehandlung nicht sicher unterbunden wird. Von trans weiblichen Jugendlichen unter Östrogenbehandlung wird vornehmlich berichtet, dass spontane Erektionen zurückgehen, was jedoch meist als positiv erlebt wird. In einer aktuellen Studie zur späteren sexuellen Zufriedenheit und Empfindungsfähigkeit Erwachsener nach Durchlaufen sowohl hormoneller, als auch chirurgischer geschlechtsangleichender Behandlungen wird berichtet, dass die sexuelle Empfindungsfähigkeit insbesondere mit der allgemeinen Zufriedenheit bezüglich des körperlichen Erscheinungsbildes korreliert (Gieles et al., 2023).

Dies spräche eher für einen Vorteil eines Beginns hormoneller Behandlungen im Jugendalter, weil diese erwartbar zu besseren Ergebnissen bei der späteren Zufriedenheit mit dem eigenen körperlichen Erscheinungsbild und dem damit verbundenen Kongruenzerleben als männliche bzw. weibliche Person führt.

2.6. Mögliche Auswirkungen auf die Durchführung späterer genitalangleichender Operationen

Es wird diskutiert, ob bei einer früh einsetzenden pubertätsunterdrückenden Behandlung bei trans weiblichen Patientinnen mit direkt darauf folgender geschlechtsangleichender Behandlung mit Östrogen bei einer ggf. später angestrebten geschlechtsangleichenden Operation für die Betroffenen dadurch ein Nachteil entsteht, dass das pubertäre Peniswachstum unterbrochen wird, und somit später ggf. weniger Penisschafthaut für die Bildung einer hinreichend tiefen Neovagina zur Verfügung steht (Khatchadourian et al., 2014). Alternative Lösungsansätze bestehen in der Augmentation mit einem freien Hauttransplantat des Skrotums. Bei ausgiebigerem Bedarf an Hautgewebe, falls auch die Skrotalhaut, aufgrund eines infolge einer frühen Pubertätsblockade hypoplastischen Skrotums nicht ausreicht, kann eine Augmentation mit einem freien Hauttransplantat z.B. vom Unterbauch eine Alternative sein. Dessen Entnahme kann jedoch größere sichtbare Narben hinterlassen (Buncamper et al., 2017). In einer Übersichtsarbeit hierzu wurde berichtet, dass sich bei den genannten alternativen OP-Techniken kein signifikanter Unterschied bzgl. der Vaginaltiefe und Patient*innenzufriedenheit mit oder ohne freiem Hauttransplantat ergab (Buncamper et al., 2017). Eine weitere etablierte Möglichkeit besteht in der Anlage einer primären Sigmavagina (Bouman et al., 2016). Insgesamt spricht dieser Aspekt somit nicht grundsätzlich gegen einen frühzeitigen Beginn einer pubertätssupprimierenden Behandlung. Zu den Optionen genitalangleichender Operationsverfahren nach frühzeitiger pubertätsblockierender Behandlung wird auf die aktuell erstellte S2k-Leitlinie „*Geschlechtsangleichende chirurgische Maßnahmen bei Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie*“ verwiesen.

Die Information, dass im Falle einer später gewünschten genitalangleichenden Operation bei trans weiblichen Patientinnen die Auswahl an verfügbaren Operationsverfahren geringer sein kann, ist aber im Rahmen einer umfassenden Aufklärung wichtig (van de Grift et al., 2020) und mit den Langzeitfolgen eines längeren Zuwartens im Hinblick auf die spätere Zufriedenheit mit dem körperlichen Erscheinungsbild abzuwägen. Im Zuge dieser Abwägung ist insbesondere bei trans weiblichen Patientinnen darauf zu achten, dass im Zuge des Fortschreitens der biologischen Reifeentwicklung eine irreversible Stimmmutation einsetzen würde. Die Folge wäre eine lebenslang tiefe bzw. männlich klingende Stimme. Dies wird von Betroffenen häufig als eine die Lebensgestaltung und das Wohlbefinden einschränkende dauerhafte Stressbelastung empfunden.

2.7. Mögliche unerwünschte Nebenwirkungen von GnRH-Analoga

Unerwünschte somatische Nebenwirkungen sind bei fachgerechter Anwendung, insbesondere im Hinblick auf das endokrinologische Monitoring und eine vertretbar zeitlich begrenzte Dauer der Behandlung, nach Erfahrung der an dieser Leitlinie beteiligten klinischen Expert*innen eher selten. Es kann im Bereich der Einstichstellen zu lokalen Reaktionen, wie subkutanen Verhärtungen,

Blutergüssen oder allergisch bedingten Papeln kommen; in sehr seltenen Fällen zu einer Abszessbildung. Bei zu Behandlungsbeginn in ihrer pubertären Reifung bereits fortgeschrittenen Jugendlichen kann es unter der Behandlung mit GnRH-Analoga zu *menopausalen Beschwerden* wie Hitzewallungen, Schwitzen, Stimmungsschwankungen, Anhedonie und (seltener) zu Kopfschmerzen kommen. Dies ist bei fortgeschrittener pubertärer Reifeentwicklung bei der vorzunehmenden *individuellen Nutzen-Risiko-Abwägung* zu berücksichtigen. Vor allem bei trans-männlichen Jugendlichen stehen solche menopausalen Beschwerden im Vordergrund, die durch den Abfall des Estradiols bedingt werden. Diese bessern sich zwar häufig innerhalb weniger Wochen oder Monate. Dennoch ist in Anbetracht dieser Nebenwirkungen bei trans männlichen Jugendlichen, wenn zur Minderung eines geschlechtsdysphorischen Leidensdruckes vorrangig deren Menses supprimiert werden soll, der Einsatz eines Gestagenpräparats vorzuziehen (s.u.).

2.7.1. Auswirkungen auf den juvenilen Knochenstoffwechsel

Bei einer längerfristigen Unterdrückung der Sexualhormone im Jugendalter durch GnRH-Analoga-Behandlung wäre die Entwicklung einer Osteoporose zu befürchten. Die Pubertätsblockade hat einen Effekt auf den Knochen. In vier Studien (Joseph et al., 2019; Klink et al., 2015; Schagen et al., 2020; Vlot et al., 2017) wurde u.a. die Knochendichte nach Pubertätsblockade und anschließender geschlechtsangleichender Hormongabe untersucht. Gemeinsam ist den Studien, dass eine statistisch signifikante Abnahme der absoluten Knochendichte nach erfolgter Pubertätsblockade zu beobachten war. In der Studie von Klink et al. (2015; 15 trans weiblich und 19 trans männlich; Alter zu Beginn von im Mittel 15,0 Jahre, Bereich: 11 – 18 Jahre) zeigte sich im Zeitraum zwischen dem Beginn der Pubertätsblockade und dem Beginn der Behandlung mit geschlechtsangleichenden Hormonen (Dauer im Mittel 1,5 Jahre) eine vorübergehende statistisch signifikante Verminderung der Knochendichte im Vergleich zur Normalstichprobe bei der Gruppe der trans männlichen Jugendlichen. Im weiteren Verlauf der darauffolgenden geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung verringerte sich dieser Unterschied zur Normalstichprobe bei den trans männlichen Personen wieder deutlich und die Werte erreichten im Durchschnitt den mittleren Normbereich einer Alterskohorte für das Geburtsgeschlecht. In der Gruppe der trans weiblichen Jugendlichen zeigten sich keine statistisch signifikanten Veränderungen der Knochendichte im Vergleich zur Normalstichprobe im Untersuchungszeitraum. In der Studie von Vlot (2017; N = 28 trans weiblich und N = 42 trans männlich; Alter zu Behandlungsbeginn von im Mittel 13 Jahren, Bereich: 12 – 14 Jahre) zeigte sich im Zeitraum zwischen dem Beginn der Pubertätsblockade und dem Beginn der geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung (Dauer bei trans weiblichen Jugendlichen M = 2,5 Jahre und bei trans männlichen Jugendlichen M = 1,2 Jahre) dass der t-Wert für die Knochendichte für beide berichteten Geschlechter statistisch signifikant sank. Er erhöhte sich wieder statistisch signifikant für beide Gruppen innerhalb der ersten 24 Monaten nach dem Ansetzen der geschlechtsangleichenden Hormone und erreichte für erwachsene trans Frauen im

Durchschnitt den Normbereich für erwachsene cis Männer. Für erwachsene trans Männer war die Knochendichte nach 24 Monaten im Mittel jedoch noch unterhalb des Bevölkerungsdurchschnitts für cis Frauen. In der Studie von Joseph et al. (2019; *N* = 10 trans weiblich und *N* = 21 trans männlich; Alter zu Beginn im Mittel 15,1 Jahre, Bereich: 12–14 Jahre) zeigte sich über einen Zeitraum von drei Jahren unter Pubertätsblockade (ohne geschlechtsangleichende Hormone), dass sich die Knochendichte statistisch signifikant reduzierte. In dieser Studie wurde der Rekompensationseffekt einer danach einsetzenden geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung nicht untersucht.

Schagen et al. (2020) berichten ein ähnliches Muster (*N* = 10 trans weiblich und *N* = 21 trans männlich; Alter zu Beginn im Mittel 15,1 Jahre): Es kam *zunächst* zu einer statistisch signifikant verringerten Knochendichte unter Pubertätsblockade (Dauer im Mittel: 1,89 Jahre), welche die trans männlichen Jugendlichen allerdings unter späterer geschlechtsangleichender Hormonbehandlung wieder vollständig ausglichen, die trans weiblichen Jugendlichen jedoch in der Tendenz nicht vollständig.[2]

Eine weitere Studie (Lee et al., 2020) zeigte auf, dass bei Kindern und Jugendlichen mit GI oder GD bereits *vor einer Pubertätsblockade* eine niedrigere Knochendichte bestand, was auf eine geringere körperliche Bewegung zurückgeführt wurde. Als Ursache wird die häufig eingeschränkte Freude an sportlicher Betätigung bei Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie angenommen. Die Knochenstruktur von trans Jungen ähnelt der von cis Jungen, wenn nach einer früh begonnenen GnRH-Analogon-Behandlung eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung über mindestens zwei Jahre durchgeführt wird. Sollte die unterdrückende Behandlung in einem fortgeschrittenen Pubertätsstadium begonnen worden sein, zeigt sich dieser Effekt nicht (van der Loos et al., 2022).

Navabi et. al (2021) zeigten zwar eine Reduktion der Knochendichte unter einer Behandlung mit GnRH-Analoga, doch gab es keine Hinweise für eine gesteigerte Frakturrate im untersuchten Kollektiv. Nur 44,7% der Jugendlichen hatten eine ausreichende Vitamin D-Konzentration im Serum, sodass eine Empfehlung für eine entsprechende Supplementierung ausgesprochen wurde. Der Einsatz von Antiandrogenen (Cyproteronacetat) führte in einer Untersuchung von Tack et al. (2018) zu einer Reduktion der Knochendichte im Bereich der Lendenwirbelsäule bei trans Mädchen, wobei Gestagene (Lynestrenol) bei trans Jungen die Knochendichte nicht beeinträchtigten.

[2] Damit war dies genau umgekehrt wie in der o.g. Studie von Klink et al. (2015).

2.7.2. Sonstige körperlichen Nebenwirkungen

In einer weiteren Studie (Schagen et al., 2016) wurden körpermedizinische Parameter bei *N* = 49 trans weiblichen und *N* = 67 trans männlichen Jugendlichen (Altersdurchschnitt: 13,9 Jahre, Bereich: 11 – 18 Jahre) vom Beginn einer Pubertätsblockade über insgesamt 12 Monate regelmäßig erhoben. Dabei stiegen weder Leber- noch Nierenparameter durch die Pubertätsblockade statistisch signifikant an, sondern sanken sogar im Trend. Der BMI SDS (altersnormierter Body-Mass-Index) stieg bei trans männlichen Jugendlichen statistisch signifikant an, nicht aber bei den trans weiblichen Jugendlichen. Für beide Gruppen gab es eine statistisch signifikante Zunahme des Körperfettanteils, welcher jedoch nicht mit einer Vergleichsstichprobe oder einer Altersnorm verglichen wurde. Es bleibt somit unklar, ob die Erhöhung auf die Pubertätsblockade zurückgeht. Der diastolische Blutdruck stieg signifikant bei trans Jungen unter einer GnRH-Analogon-Behandlung an (allerdings wurden nicht die Kriterien einer arteriellen Hypertension erfüllt), sank jedoch später unter einer Testosteron-Behandlung. (Perl et al., 2020). In weiteren Nachuntersuchungen fanden sich keine gravierenden Nebenwirkungen behandelter Jugendlicher über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten und bis zu 24 Monaten (Jarin et al., 2017; Olson-Kennedy et al., 2018; Tack et al., 2016, 2017).

Den meisten Studienergebnissen zu potentiell unerwünschten Nebenwirkungen von Pubertätsblockern liegen veraltete Behandlungsprotokolle zugrunde, wonach regelhaft Pubertätsblocker für mindestens ein Jahr eingesetzt werden mussten, bevor eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung im Jugendalter zulässig war, die wiederum frühestens ab dem 16. Lebensjahr empfohlen wurde (s.o.). Dies führte in einem Großteil der untersuchten Fälle dazu, dass Pubertätsblocker aus endokrinologischer Sicht im Hinblick auf ein günstiges Nutzen-Risiko-Verhältnis zu lange und in einem zu hohen Reifealter eingesetzt wurden, d.h. in einem Alter von über 15 Jahren, in dem die Nutzen-Risiko-Abwägung im Hinblick auf unerwünschte Nebenwirkungen ungünstig ausfällt. Die folgende Empfehlung dient dazu, dafür Sorge zu tragen, dass in jeder individuellen Behandlungssituation im Hinblick auf unerwünschte somatische Nebenwirkungen einer zeitlich begrenzten Pubertätssuppression ein angemessenes Nutzen-Risiko-Verhältnis angestrebt wird.

Konsensbasierte Empfehlung:

VIII.K2.	Die Dauer der pubertätsunterdrückenden Behandlung soll einzelfallbezogen zeitlich begrenzt werden, um potenziell unerwünschte somatische Langzeiteffekte, insbesondere auf die Knochenmineralisation, zu minimieren. Die Empfehlung über eine vertretbare Dauer der Behandlung soll in Kooperation zwischen der endokrinologischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachperson erfolgen. Vor einer Behandlung mit GnRH-Analoga zur Pubertätssupression soll über mögliche Nebenwirkungen, wie Hitzewallungen und – bei mehrjähriger Behandlung – die Entwicklung einer Osteoporose aufgeklärt werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Zusammenfassend ergeben sich Hinweise dafür, dass eine Pubertätsblockade auch trotz einer sich später anschließenden geschlechtsangleichenden Hormongabe Auswirkungen auf die Knochendichte haben kann. Von daher ist zur Vermeidung somatischer Risiken eine medizinisch vertretbare zeitliche Begrenzung der Pubertätsblockade bedeutsam.

Konsensbasierte Empfehlung:

VIII.K3.	Vor einer Behandlung mit GnRH-Analoga zur Pubertätssuppression soll über mögliche Nebenwirkungen, wie Hitzewallungen und – bei mehrjähriger Behandlung – die Entwicklung einer Osteoporose aufgeklärt werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

2.7.3. Mögliche Auswirkungen auf die psychosexuelle Entwicklung

Inwieweit eine Pubertätssuppression mit GnRH-Analoga bei Jugendlichen mit diagnostizierter persistierender Geschlechtsinkongruenz nach Pubertätseintritt, die weitere Entwicklung der Geschlechtsidentität beeinflussen kann, indem der physiologische Einfluss von Steroidhormonen auf die juvenile Gehirnentwicklung unterbunden wird, ist unklar. Hormonelle Einflüsse auf die Ausprägung *geschlechtstypischen Rollenverhaltens* bei pubertierenden gender-konform identifizierten Jugendlichen sind bekannt. Es gibt jedoch bislang keine Evidenz dafür, dass Steroidhormone nach Pubertätseintritt auf ein bestehendes Zugehörigkeitsempfinden zu einem Geschlecht noch einen

verändernden Einfluss nehmen können. Ein solcher, potenzieller Einfluss von Steroidhormonspiegeln auf den Verlauf der späteren Geschlechtsidentitätsentwicklung ist in der prä- und postnatalen Gehirnentwicklung hingegen sehr wohl wahrscheinlich. So konnte bei DSD-Individuen[3] mit Adrenogenitalem Syndrom, bei denen nach der Geburt eine weibliche Geschlechtszuweisung erfolgt war, gezeigt werden, dass ein erhöhter *postnataler Androgenspiegel* die Wahrscheinlichkeit für eine spätere männliche Identitätsentwicklung erhöhte (Meyer-Bahlburg et al., 2008). Hingegen sind bislang z.B. unter jugendlichen Mädchen oder Frauen mit einem postpubertär entstandenen Hyperandrogenismus (z.B. polyzystisches Ovar-Syndrom als dessen häufigster Ursache) keine erhöhten Raten von Geschlechtsinkongruenz (weiblich zu männlich) bekannt, was eher dafür spricht, dass ab Eintritt der Pubertät Steroidhormonspiegel keinen Einfluss mehr auf das geschlechtliche Zugehörigkeitsempfinden nehmen.

Aus Kohortenstudien und Fallberichten ist andererseits belegt, dass es auch nach Beginn einer Pubertätsblockade in Einzelfällen zu einer Desistenz der Geschlechtsinkongruenz kommen kann (Brik et al., 2020; Rölver et al., 2022). Diese legt nahe, dass eine verlaufsoffene bzw. fluide Weiterentwicklung der Geschlechtsidentität sehr wohl auch unter einer Pubertätsblockade möglich ist. Da hemmende Einflüsse auf die psychosexuelle Entwicklung jedoch nicht sicher ausgeschlossen werden können, verbietet sich der Einsatz von Pubertätsblockern bei einem diagnostisch vagen Bild im Sinne einer im Hinblick auf das Geschlecht noch *unsicheren Identität*. Für eine fachgerechte Indikationsstellung ist daher in jedem Fall zu fordern, dass nach diagnostischer Einschätzung mit hoher Wahrscheinlichkeit nach Pubertätseintritt eine stabil persistierende Geschlechtsinkongruenz anzunehmen ist (siehe Ausführungen im Kapitel VII → *„Indikationsstellung für körpermodifizierende medizinische Interventionen“*).

3. Alternativen zu einer Pubertätssuppression im Jugendalter vor Beginn einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung

3.1. Behandlung mit Gestagenen bei bereits weitgehend abgeschlossener Pubertätsentwicklung

Zur Unterdrückung der Menses bei trans männlichen Jugendlichen sind gestagenhaltige orale Kontrazeptiva zum Beispiel Desogestrel (75µg täglich). Drospirenon (4 mg täglich), Chlormadinon (2 mg täglich), Dienogest (2 mg täglich), Dydrogesgteron (10 mg täglich) oder Lynestrenol (5 mg täglich) eine oral anwendbare und kostengünstige Alternative zu GnRH-Analoga (Tack et al., 2016). Lynestrenol ist derzeit auf dem deutschen Markt nicht verfügbar, kann jedoch über die internationale Apotheke besorgt werden (wobei es für Kassenpatient*innen nicht erstattungsfähig ist). Die Regelmäßigkeit (und

[3] DSD (Disorders of sex development): Spektrum der Varianten der Geschlechtsentwicklung (auch sog. Intersexualität)

sogar tägliche Pünktlichkeit) der Tabletteneinnahme ist hierbei wichtig für eine effektive Mensessuppression. Zuweilen treten allerdings unter dieser Behandlung vaginale (Schmier-)Blutungen auf. Durch eine Verdoppelung der Dosierung der o.g. Gestagene kommen in den meisten Fällen die Menstruations- bzw. Schmier-Blutungen zum Erliegen.

Konsensbasierte Empfehlung:

VIII.K4.	Bei bereits weitgehend abgeschlossener Pubertätsentwicklung können bei trans Jungen mit Geschlechtsdysphorie zur Unterdrückung von Periodenblutungen gestagenhaltige Pillen im Langzeitzyklus eingesetzt werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

3.2. Behandlung mit Antiandrogenen

Bei trans weiblichen Jugendlichen, deren männliche Pubertät bereits fortgeschritten ist (Stimmwechsel, adultes Hodenvolumen, verstärkte Körperbehaarung), können zur Suppression der Androgenwirkung z.B. auf Bartwuchs und männliche Körperbehaarung vorübergehend (z.B. wenn zur Vorbereitung einer Östrogenbehandlung noch Zeit benötigt wird oder zur überlappenden Behandlung bei schrittweisem Aufbau eines Östrogenspiegels) Antiandrogene wie zum Beispiel Cyproteronacetat eingesetzt werden (Tack et al., 2017). Diese Medikamente haben nicht nur eine periphere antiandrogene Wirkung, sondern supprimieren auch zentral die Ausschüttung von Gonadotropinen und nachfolgend das Testosteron. Seit Anfang 2020 gibt es eine Warnung der EMEA, dass ein bis zehn zusätzliche Meningeome bei 10.000 mit Cyproteronacetat behandelten Patient*innen auftreten – vor allem bei mehrjähriger Therapie mit hohen Dosierungen über 25 mg/Tag (Weill et al., 2021). Es wurden zudem Beobachtungen berichtet, wonach sich Cyproteronacetat negativ auf die Knochendichte auswirken kann, vor allem im Bereich der Lendenwirbelsäule (Tack et al., 2018). Als Alternative zu Cyproteronacetat können auch andere Antiandrogene zur Anwendung kommen, wie Spironolacton (Tangpricha & den Heijer, 2017), Finasterid als 5-Alpha-Reduktase- Inhibitor (Spack, 2013) oder Bicalutamid (Neyman et al., 2019).

Konsensbasierte Empfehlung:

VIII.K5.	Zur Reduktion der Androgenwirkungen bei trans weiblichen Jugendlichen mit persistierender Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie und weitgehend abgeschlossener Pubertätsentwicklung können Antiandrogene eingesetzt werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

4. Geschlechtsangleichende Hormonbehandlung

Die Unterdrückung der als zur eigenen Geschlechtsidentität nicht kongruent erlebten Pubertät durch den Einsatz von GnRH-Analoga führt zwar bei geschlechtsdysphorischen Jugendlichen in der Regel zu einer vorübergehenden Entaktualisierung des psychischen Leidensdruckes, doch kann es hierbei nur um einen verantwortbar zeitlich befristeten Aufschub der weichenstellenden Entscheidung gehen, ob eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung gewünscht und indiziert ist, und wann diese ggf. eingeleitet werden soll. Jugendliche, die wegen ihrer Geschlechtsinkongruenz mit Pubertätsblockern behandelt werden, erleben im weiteren Verlauf eine zunehmende Diskrepanz zwischen ihrer eigenen zum Stillstand gebrachten körperlichen Reifeentwicklung und der fortschreitenden Pubertät ihrer Altersgenoss*innen (Cohen-Kettenis & van Goozen, 1998).

Das Ausbleiben der gewünschten sekundären Geschlechtsmerkmale entsprechend der empfunden Geschlechtsidentität wird in der Regel mit voranschreitendem Alter als mehr und mehr belastend empfunden. Die meisten Jugendlichen wünschen dann eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung, die ihren Körper verändern und dem empfundenen Geschlecht anpassen soll. Dieser zweite Schritt einer gestuften medizinischen Transitionsbehandlung ist gesondert vorzubereiten einschließlich einer sorgfältigen Überprüfung der Indikation aus dem zwischenzeitlichen Entwicklungsverlauf. In seltenen Einzelfällen kann es bei dieser Überprüfung zu einer abweichenden Neubewertung des beschrittenen Transitionsweges durch die jugendliche Person bis hin zur Desistenz kommen (siehe Fallbeispiel in Kapitel VII → *„Indikationsstellung für körpermodifizierende medizinische Interventionen“;* Rölver et al., 2022). Bei diagnostischer Einschätzung (Assessment) im Rahmen der Indikationsprüfung stellt sich erneut die Frage, inwieweit Jugendliche bereits die nötige geistige Reife besitzen, um die Tragweite der anstehenden Entscheidung abschätzen zu können, u.a. in Bezug darauf, wie sich die angestrebten körperlichen Veränderungen auf ihr künftiges Leben und insbesondere auf ihre Sexualität und Fertilität auswirken werden (siehe Ausführungen in Kapitel VII → *„Indikationsstellung für körpermodifizierende medizinische Interventionen“*).

4.1. Geschlechtsangleichende Hormonbehandlung bei trans-männlichen Jugendlichen

Die Vermännlichung des Körpers von trans männlichen Jugendlichen erfolgt durch Testosteron, das in unterschiedlichen Applikationsformen zur Verfügung steht. Bei der Steigerung der Sexualsteroide sind Längenwachstum und Skelettalter zu berücksichtigen. Bei trans männlichen Jugendlichen unter einer Therapie von GnRH-Analoga kann die Pubertätsinduktion analog den verfügbaren Leitlinien zu Behandlung der Pubertas tarda oder eines Hypogonadismus erfolgen (Nordenström et al.; 2022, DGKED, 2021). Bei noch nicht ausgewachsenen trans männlichen Jugendlichen empfiehlt sich eine langsamere Steigerung der Testosteron-Dosierung, um einen zu schnellen Verschluss der Epiphysenfugen zu verhindern. Vor Therapiebeginn sollte das Knochenalter mittels eines Röntgenbildes der linken Hand bestimmt werden. Die angleichende *Pubertätsinduktion* kann mit transdermalem Testosteron mit 10 mg/Tag begonnen werden, was dann nach einem halben Jahr (auch in Abhängigkeit vom Knochenalter) auf 25 mg/Tag gesteigert werden kann. In seltenen Fällen muss 50 mg/Tag verwendet werden, um eine Konzentration im adulten männlichen Normbereich zu erreichen. Das Testosteron-Gel sollte täglich im Bereich der Innenseite der Unterarme eingerieben werden; alternativ auch an der Innenseite der Oberschenkel

Konsensbasierte Empfehlung:

VIII.K6.	Bei einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung mit Testosteron sollten Wachstum und Skelettalter berücksichtigt werden. Bei trans männlichen Jugendlichen im Wachstum kann unter Berücksichtigung der Wachstumsprognose die Dosierung von Testosteron ggf. langsamer gesteigert werden als bei bereits ausgewachsenen Jugendlichen.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN):

Die DGPPN spricht sich für einen stärkeren Empfehlungsgrad, was die Berücksichtigung des Längenwachstums und des Skelettalters bei trans männlichen Jugendlichen betrifft, aus und schlägt folgende abgeänderte Formulierung vor:

Bei einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung mit Testosteron **sollen** Wachstum und Skelettalter berücksichtigt werden. Bei trans männlichen Jugendlichen im Wachstum kann unter Berücksichtigung der Wachstumsprognose die Dosierung von Testosteron ggf. langsamer gesteigert werden als bei bereits ausgewachsenen Jugendlichen.

Begründung siehe Anhang (bzw. *hier*).

Zur Behandlung steht außerdem Testosteronenantat in Ampullen à 250 mg zur Verfügung. Die Pubertätsinduktion beginnt bei noch nicht ausgewachsenen trans-männlichen Jugendlichen während der ersten 6 Monate mit 50 -100 mg Testosteronenantat einmal pro Monat intramuskulär. Während der langsamen Aufdosierung empfiehlt sich das überlappende Weiterführen der Behandlung mit GnRH-Analoga, insbesondere um leidvolle vaginale Zwischenblutungen zu vermeiden.

Die dauerhafte Hormonersatztherapie sieht Testosterongaben von 250 mg Testosteronenantat i.m. alle drei bis vier Wochen vor. Dieses Testosteron wird üblicherweise intramuskulär appliziert, doch ist auch eine subkutane Injektion möglich (Laurenzano et al., 2021). Alternativ kann 1000 mg Testosteronundecanoat als Depotpräparat i.m. alle drei bis vier Monate gegeben werden. Der Talspiegel ist ausschlaggebend dafür, ob das Applikations-Intervall verkürzt oder verlängert wird. Angestrebt wird ein Testosteronspiegel im adulten männlichen Normbereich. Im Falle des Auftretens einer Polyglobulie (Hämatokrit über 50%) sollte das Intervall verlängert werden.

Ist ein trans männlicher jugendlicher Patient bereits vollständig ausgewachsen, kann mit einer vollen Substitutionsdosis begonnen werden (Testosteron-Undecanoat 1000 mg alle drei Monate. Eine *Aufsättigung* nach sechs Wochen, wie dies bei männlichem Hypogonadismus empfohlen wird, ist nicht erforderlich. Patienten mit Adipositas und Bluthochdruck sollten eher mit einem transdermalen Präparat behandelt werden, da es für diese Personengruppe ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko zu geben scheint (Seal, 2007).

Eine vorangegangene Behandlung mit GnRH-Analoga kann nach erfolgter Testosteron-Aufdosierung beendet werden; es treten dann nur sehr selten vaginale Blutungen auf. Es kann aber trotz supprimierter gonadaler Achse zu einem Wiederauftreten der Menses kommen, wenn beispielsweise ein hohes Testosteron im Fettgewebe zu Östrogen aromatisiert wird. Außerdem können Ovarialzysten einen Estradiol-Anstieg verursachen. Dadurch kann sich das Endometrium aufbauen, was dann bei Hormonschwankungen eine Abbruch-Blutung zur Folge hat. Kommt es zu vaginalen Blutungen unter der Testosteron-Behandlung, was bei etwa 25% der trans Jungen auftreten kann (Grimstad et al., 2021), und sind die Gonadotropine und/oder das Estradiol nicht supprimiert, so kann die zusätzliche Einnahme von Gestagenen sinnvoll sein (siehe Procedere unter 3.1.). Persistieren trotzdem die Blutungen, sollte ein GnRH-Analogon verabreicht werden. In dieser Situation ist es ratsam, eine Ultraschalluntersuchung des inneren Genitales durchzuführen, um das Endometrium und die Ovarien zu evaluieren. Eine Testosteron-Behandlung scheint sich insgesamt positiv auf die psychische Lage von trans Jungen auszuwirken: Der Schweregrad von Angstzuständen und Depressionen sowie von Suizidalität sinkt signifikant und die Zufriedenheit mit dem Körperbild steigt (Grannis et al., 2021; Green et al., 2022).

Konsensbasierte Empfehlung:

VIII.K7.	Bei auftretenden Blutungen unter Testosteronbehandlung sollte die Ursache sorgsam evaluiert werden. Es kann überlappend additiv ein Gestagenpräparat oder GnRH-Analogon eingesetzt werden, um die Regelblutung zu unterdrücken.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN):

Die DGPPN spricht sich für einen stärkeren Empfehlungsgrad hinsichtlich der Ursachensuche bei Blutungen unter Testosteronbehandlung aus und schlägt folgende abgeänderte Formulierung vor:

Bei auftretenden Blutungen unter Testosteronbehandlung **soll** die Ursache sorgsam evaluiert werden. Es kann überlappend additiv ein Gestagenpräparat oder GnRH-Analogon eingesetzt werden, um die Regelblutung zu unterdrücken.

Begründung siehe Anhang (bzw. *hier*).

4.1.1. Wichtige Inhalte der Aufklärung

Die wichtigsten Inhalte einer Aufklärung über eine Testosteron-Behandlung umfassen folgende Informationen: Bereits etwa zwei bis drei Monate nach Beginn einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung kann es zum Stimmwechsel kommen, in manchen Fällen dauert es länger; auch nimmt die Körperbehaarung zu (Oberlippenflaum, Behaarung an Armen, Beinen und Bauch). Bis es allerdings zu einem vollständigen Bart kommt, können zwei bis drei Jahre vergehen und die Ausprägung ist abhängig vom familiären Behaarungsmuster. Die Gesichtszüge werden im weiteren Verlauf kantiger und die Muskulatur nimmt zu. Die Fettverteilung verändert sich, sodass das körperliche Erscheinungsbild maskuliner wird (Klaver et al., 2018). Die Klitoris wächst, sodass sich ein kleiner Phallus entwickeln kann. Die Patienten sollten darauf hingewiesen werden, dass diese körperlichen Veränderungen größtenteils irreversibel sind, dass sie auch (bei genetischer Disposition) mit einer androgenetischen Alopezie in der Zukunft rechnen müssen, dass Akne auftreten, der BMI steigen, das HDL absinken und sich eine Polyglobulie entwickeln kann (Jarin et al., 2017; Madsen et al., 2021; Valentine et al., 2021). Letzteres ist vermutlich für das etwas erhöhte Thromboserisiko verantwortlich. Der langfristige Einsatz von Testosteron in einer üblichen Dosierung scheint bei trans-männlichen Patienten ohne zusätzliche Gesundheitsrisiken (wie z.B. erhebliche Adipositas oder ausgeprägte Untergewichtigkeit) kein dauerhaft erhöhtes Gesundheitsrisiko

darzustellen, vor allem auch in Bezug auf das kardiovaskuläre Risiko (Klaver et al., 2020). So wurden in der diesbezüglichen Studie von Chan et al (2018) keine Fettstoffwechselstörungen (bis auf einen Abfall des HDL-Cholesterins) oder eine Verschlechterung der Glukosestoffwechselparameter berichtet. Millington et al (2021) berichteten ebenfalls über einen HDL-Cholesterin-Abfall, sowie einen LDL-Cholesterin-Anstieg, was sie mit einem gesteigerten Arterioskleroserisiko bei trans Männern in Verbindung bringen.

Ferner sollte im Hinblick auf einen möglicherweise künftig bestehenden Erhalt der Fertilität (s.o.) darauf hingewiesen werden, dass die Möglichkeit einer späteren Reaktivierung der Ovarien einschließlich befruchtungsfähiger Eizellen nach Absetzen einer Testosteronbehandlung zwar erhalten bleibt, jedoch dennoch, insbesondere nach langer Suppression, mit einer Abnahme der Fertilität zu rechnen ist.

4.2. Geschlechtsangleichende Hormonbehandlung bei trans-weiblichen Jugendlichen

Bei trans weiblichen Jugendlichen hat eine Östrogen-Behandlung nicht nur das Ziel, eine Brustentwicklung und ein pubertäres Wachstum zu ermöglichen, sondern soll zudem im Falle einer für eine erwachsene Frau ungünstig hohen Wachstumsprognose dazu beitragen, die Endgröße durch einen akzelerierten Verschluss der Epiphysenfugen zu verringern. Es kann demzufolge bei eher großen trans weiblichen Jugendlichen durchaus mit einer vollen Substitutionsdosis mit Estradiolvalerat oder Estradiol 2 mg/Tag begonnen werden. Die Dosis kann ggfs. auf 4 mg/Tag gesteigert werden, in Abhängigkeit von der Estradiol-Konzentration im Serum. Anzustreben ist eine Estradiol-Konzentration im adulten weiblichen Normbereich, um eine gute Brustentwicklung zu erreichen. Nach drei Jahren der Estrogenbehandlung erreichten 86*%* der Patientinnen eine Brustentwicklung Tanner B4 oder B5 entsprechend sowie eine weibliche Fettverteilung (Hannema et al., 2017).

Die Östrogen-Behandlung supprimiert nicht ausreichend die gonadale Achse. Die GnRHa-Behandlung wird daher erst nach erfolgter Gonadektomie bzw. Therapieumstellung auf Antiandrogen beendet.

Bei sehr hohen Wachstumsprognosen (>185*cm*) kann eine wachstumsbremsende hochdosierte Ethinylestradiol-Behandlung (mit 100 µg/Tag), alternativ hochdosierte Östrogene in Erwägung gezogen werden. Bei dieser Behandlung ist auf ein erhöhtes Thromboserisiko hinzuweisen. Es ist dann keine zusätzliche suppressive Therapie der Hoden erforderlich. Vor Beginn einer geschlechtsangleichenden Östrogen-Behandlung kann sich die Durchführung einer Thrombophilie-Diagnostik sinnvoll sein, vor allem bei positiver Familienanamnese, um (genetische) Risikofaktoren für Thrombose auszuschließen.

Konsensbasierte Empfehlung:

VIII.K8.	Ethinylestradiol kann zum Einsatz kommen, wenn bei nicht ausgewachsenen trans Mädchen der Wunsch besteht, die Endgröße durch einen beschleunigten Epiphysenverschluss zu begrenzen.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

4.2.1. Wichtige Inhalte der Aufklärung

Die wichtigsten Inhalte einer Aufklärung über eine Östrogen-Behandlung umfassen folgende Informationen: Unter der Einnahme von Östrogenen kommt es bereits nach wenigen Wochen zu einer Brustknospung, die auch häufig von einer erhöhten Berührungsempfindlichkeit begleitet wird. Bis zu einer vollständigen Brustentwicklung dauert es etwa zwei bis drei Jahre, allerdings scheint das erste Behandlungsjahr (und vor allem die ersten sechs Monate) recht entscheidend dafür zu sein, wie das Ergebnis ausfallen wird (de Blok et al., 2018). Ist das Wachstum innerhalb der ersten Monate unter einer guten Estradiol-Konzentration unbefriedigend, wird die Brust vermutlich auch eher klein bleiben. Es gibt keine Evidenz dafür, dass der Einsatz von Progesteron für eine vermehrte Brustentwicklung förderlich ist. Da Östrogene lipophil sind, empfiehlt sich die Einnahme der Tabletten zu einer Mahlzeit. Als Alternative zu Tabletten kann auch eine transdermale Östrogen-Behandlung mit einem Gel durchgeführt werden. Dies empfiehlt sich vor allem bei trans weiblichen Patientinnen mit Risikofaktoren für Thromboembolien. Über langfristige *Nebenwirkungen* der geschlechtsangleichenden Hormontherapie bei trans weiblichen Patientinnen gibt es noch recht wenige Erkenntnisse, allerdings erhöht sich statistisch gesehen deren Brustkrebsrisiko – es liegt jedoch noch immer unter dem Brustkrebsrisiko erwachsener cis Frauen (Sonnenblick et al., 2018) oder scheint zumindest nicht höher zu liegen (Gooren et al., 2013). Das Langzeitrisiko für Herzkreislauferkrankungen bleibt für trans Frauen unter einer Östrogenbehandlung entsprechend dem „Ausgangsrisiko“ von cis Männern unverändert, was jedoch auf den – in der Vergangenheit üblichen – Einsatz von Ethinylestradiol zurückgeführt wird. Die Inzidenz venöser Thromboembolien bei trans Frauen unter Östrogen-Behandlung lag in einem systematischen Review mit Meta-Analyse von Khan et al. (2019) bei 2,3 pro 1000 Personenjahre. Mullins et al. (2021) zeigten in einer Kurzzeit-Beobachtung, dass sich das Thromboserisiko bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Estrogenwerten im Referenzbereich nicht erhöhte, selbst bei Vorliegen gewisser Risikofaktoren wie z.B. Rauchen.

4.3. Aufklärung zu Off-Label-Verordnungen

Bei allen Präparaten, die für eine hormonelle Behandlung von Patient*innen mit GI bzw. GD nach den Empfehlungen dieser Leitlinie sowie aktuellen internationalen auf Expertenkonsens beruhenden medizinischen Leitlinien zur Anwendung kommen, handelt es sich regelhaft um *Off-Label-Verordnungen.* Das heißt, diese Medikamente sind zwar für andere medizinische Anwendungsgebiete arzneimittelrechtlich zugelassen und damit auf ihre grundsätzliche Anwendungssicherheit hin in anderen Anwendungsfeldern geprüft (z.b. GnRH-Analoga zur Behandlung der Pubertas praecox), nicht jedoch für das Anwendungsfeld der Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie. Dies trifft in gleicher Weise für den Einsatz von Testosteron und Östrogen zur geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung bei Erwachsenen zu. Aufgrund der in diesem Anwendungsfeld insgesamt sehr geringen Behandlungszahlen sowie der Nicht-Durchführbarkeit von kontrollierten Wirksamkeitsstudien (sog. Phase 3-Studien) ist in absehbarer Zeit u.a. nicht mit entsprechenden Zulassungsstudien zu rechnen, so dass es mittelfristig weiterhin bei dieser Off-Label-Praxis bleiben wird. Off-Label-Verordnungen entsprechen allgemein in der Kinder- und Jugendmedizin häufig dem leitliniengerechten Behandlungsstandard. Nach einer Übersichtsarbeit kommen bei stationären medizinischen Behandlungen von Kindern und Jugendlichen in 42-90% der Fälle Medikamente per Off-Label-Verordnung zum Einsatz, bei ambulanten medizinischen Behandlungen betrifft dies 46-64% der Fälle (Kimland & Odlind, 2012). Nach einer aktuellen Metaanalyse beruhen zudem 82% aller internationalen medizinischen Leitlinienempfehlungen für Off-Label-Behandlungen im Kindes- und Jugendalter nach den Kriterien evidenzbasierter Medizin *auf schwacher bzw. sehr schwacher Evidenz* (Meng et al., 2022), d.h. sie beruhen weitgehend auf nicht-kontrollierten Kohortenstudien oder auf Expert*innenkonsens in Verbindung mit Studienergebnissen von klinischen Studien mit erwachsenen Patient*innen. Die besonderen Aufklärungsstandards für Off-Label-Verordnungen bei minderjährigen Patient*innen, sind, wie sonst in der Kinder- und Jugendmedizin und –psychiatrie sonst auch üblich, zu beachten.

In den Tabellen auf den folgenden Seiten sind die wichtigsten Informationen zu somatischen Aspekten hormoneller Behandlungen im Jugendalter nochmals in einer Übersicht aufgelistet.

Tabelle 7

Übersicht über Risiken und Nebenwirkungen hormoneller Interventionen bei Geschlechtsinkongruenz im Jugendalter

	Trans weibliche Patientinnen	Trans männliche Patienten
GnRH-Analoga	lokale Reaktionen, wie subkutane Verhärtungen, Blutergüsse oder allergisch bedingte Papeln, in sehr seltenen Fällen Abszessbildung im Bereich der Einstichstelle	
GnRH-Analoga bei fortgeschrittener Pubertät	*menopausale Beschwerden* wie Hitzewallungen, Schwitzen, Stimmungsschwankungen, Anhedonie und (seltener) Kopfschmerzen, Reduktion der Knochendichte	
Gestagene		Zwischenblutungen
Antiandrogene (Cyproteronacaetat)	Erhöhtes Meningeomrisiko, reduzierte Knochendichte	
Testosteron		Polyglobulie, Alopezie (Glatzenbildung), Akne, Absinken HDL-Cholesterin und Anstieg LDL-Cholesterin, Erhöhtes kardiovaskuläres Risiko, Hypertonus
Östrogene	Thromboserisiko Brustkrebsrisiko leicht erhöht Makroprolaktinom Cholelithiasis	
Leber- und Nierenwerte	Keine Auswirkungen bzw. leichter Kreatinin-Anstieg	
Glukosestoffwechsel	Keine Auswirkungen	

Tabelle 8

Erwarteter zeitlicher Ablauf der körperlichen Veränderungen nach Beginn einer geschlechtsangleichenden Hormontherapie (adaptiert nach Coleman et al., 2022)

Wirkung des Testosterons		
	Beginn	**Maximum**
Hautfettigkeit/Akne	1-6 Monate	1-2 Jahre
Bartwuchs/Körperbehaarung	6-12 Monate	> 5 Jahre
Haarausfall (Glatzenbildung)	6-12 Monate	> 5 Jahre
Vermehrte Muskelmasse/ -Kraft	6-12 Monate	2-5 Jahre
Fettumverteilung	1-6 Monate	2-5 Jahre
Ausbleiben der Menstruation	1-6 Monate	1-2 Jahre
Klitorisvergrößerung	1-6 Monate	1-2 Jahre
Vaginale Atrophie	1-6 Monate	1-2 Jahre
Stimmwechsel	1-6 Monate	1-2 Jahre
Wirkung von Östrogen und antiandrogenen Therapien		
	Beginn	**Maximum**
Umverteilung von Körperfett	3-6 Monate	2-5 Jahre
Abnahme der Muskelmasse/ -Kraft	3-6 Monate	1-2 Jahre
Hautbildveränderung/ verminderte Fettigkeit	3-6 Monate	unbekannt
Vermindertes sexuelles Verlangen	1-3 Monate	unbekannt
Seltenere spontane Erektionen	1-3 Monate	3-6 Monate
Reduzierte Spermienbildung	unbekannt	2 Jahre
Brustwachstum	3-6 Monate	2-5 Jahre
Verringertes Hodenvolumen	3-6 Monate	variabel
Abnahme Körperbehaarung	6-12 Monate	> 3 Jahre
Vermehrte Kopfhaare	variabel	variabel
Stimmveränderungen	Keine	

Tabelle 9

Dosierungsempfehlungen für die geschlechtsangleichende Hormonbehandlung mit Testosteron (adaptiert nach Coleman et al., 2022)

Verwendetes Hormonpräparat	Applikation	Dosierung	Fortführung einer Pubertätsblockade bzw. Mensessuppression	Kommentar
Trans männliche Jugendliche: Therapiestart bei nicht abgeschlossenem Wachstum				
Testosteronenanat (Ampullen 250 mg)	intramuskulär	Start: 50 mg alle 4 Wochen für 3-6 Monate, dann auf 100 mg alle 4 Wochen steigern, individuelle Steigerung auf bis auf 250 mg alle 3-4 Wochen (adulte Dosis)	Bereits initiierte Pubertätsblockade oder Gestagen-behandlung unverändert fortführen, bis die adulte Testosteron-dosis erreicht ist. Danach kann diese beendet werden.	Dosissteigerung in Abhängigkeit vom Skelettalter und der Wachstumsgeschwindigkeit; regelmäßige Blutbildkontrollen notwendig; bei Polyglobulie das Spritzintervall verlängern bzw. transdermal die Dosis reduzieren
Testosteron- Gel (unterschiedliche Konzentrationen je nach Hersteller, Dosierungshinweise beachten)	transdermal	Startdosis: 10 mg Testosteron-Gel jeden Tag, für 6 Monate, steigern auf 25 – (50 mg) adulte Dosis. Dosisanpassung in Abhängigkeit von der Testosteronkonzentration (beachten, dass die Blutentnahme nicht an dem Arm stattfinden soll auf den das Testosterongel zuvor aufgetragen wurde, da dies falsch-hohe Testosteron-Konzentrationen zur Folge haben kann.)		

Trans männliche Jugendliche: Therapiestart nach abgeschlossenem Wachstum				
Testosteronenanat (Ampullen 250 mg)	intramuskulär	125 mg alle 4 Wochen für 3 Monate, danach 250 mg alle 3-4 Wochen	Im Tanner Stadium 4-5 wird in der Regel keine Pubertätssupression mehr begonnen. Eine vorangehende Behandlung mit GnRH-Analoga oder Gestagenen kann abgesetzt werden.	Nach Abschluss des Wachstums kann mit der adulten Dosis gestartet werden. Eine einschleichende Aufdosierung ist nicht notwendig, wird aber meist positiv aufgenommen. Dosierung nach Testosteronkonzentration zum Ende des Spritzintervalls
Testosteron- Gel (unterschiedliche Konzentrationen je nach Hersteller, Dosierungshinweise beachten)	transdermal	25 mg Testosteron-Gel jeden Tag für 3 Monate; sollte die Testosteronkonzentration dann nicht im adulten Bereich liegen, Steigerung auf ggfs. 50 mg pro Tag		
Testosteronundecanat	intramuskulär	1000 mg alle 10-12 Wochen bei abgeschlossenem Wachstum		

Tabelle 10

Aktuelle Dosierungsempfehlungen für die geschlechtsangleichende Hormonbehandlung mit Östrogen (adaptiert nach Coleman et al., 2022)

Verwendetes Hormonpräparat	Applikation	Dosierung	Fortführung einer Pubertätsblockade	Kommentar
Estradiol oder Estradiolvalerat Tabletten	oral	Start mit 0,5 oder 1 mg/Tag für 6 Monate, danach adulte Dosis 2-4 mg/Tag.	Die Pubertätsblockade bzw. antiandrogene Behandlung muss unverändert auch nach Erreichen einer Östradiolkonzentration im adulten Bereich fortgeführt werden. Unter einer wachstums-bremsenden Ethinylestradiol-Behandlung ist keine antiandrogene bzw. pubertätsunterdrückende Behandlung erforderlich	Die Östrogen-Behandlung supprimiert nicht ausreichend die gonadale Achse. Beendigung der GnRHa-Behandlung erst nach erfolgter Gonadektomie bzw. Therapieumstellung auf Antiandrogene. Zur Reduktion der prognostizierten Endlänge kann mit der adulten Dosis begonnen werden. Alternativ können 100 µg/Tag Ethiynlestradiol bis zum Verschluss der Epiphysenfugen gegeben werden. Es gibt keine Daten, dass die zusätzliche Gabe von Progesteron die Brustentwicklung verbessert.
Estradiol- Pflaster	transdermal	Start: 12,5 bis 50 µg Pflaster/Tag. Adulte Dosis 100 µg/Tag. Klebedauer von 24 Stunden.		
Estradiol-Gel (0,62 mg pro 1 g Gel, Einzeldosis 2,5 g/Tag)	transdermal	Start: 1 Hub à 2,5 g für 3-6 Monate, danach auf 2 Hub erhöhen. Adulte Dosis 2-4 Hub. Die transdermale Estrogengabe ist besonders indiziert bei Patientinnen mit Risikofaktoren für Thrombose.		

Kapitel IX

Professionelle Interaktion und diskriminierungssensibler Umgang mit gender-nonkonformen Kindern und Jugendlichen

1. **Einleitung und Leitfragen**
2. **Definition und Operationalisierung des Diskriminierungsbegriffes**
3. **Nationale und internationale Studien**
4. **Diskriminierung durch Peers, Folgen und Schutzfaktoren**
5. **Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitssystem**
6. **Literatur zu Empfehlungen für einen diskriminierungs-sensiblen Umgang mit trans Personen**
7. **Aussagen zum wissenschaftlichen Erkenntnistand**
8. **Konsensbasierte Empfehlungen**

1. Einleitung und Leitfragen

Junge trans Personen stellen eine Minderheit dar und können daher von spezifischen Erfahrungen mit sozialer Marginalisierung oder Diskriminierung betroffen sein. Insofern ist es für professionell Helfende wichtig, sich für den sozialen Kontext des Aufwachsens dieser Kinder und Jugendlichen zu sensibilisieren und dabei u.a. auf stattgehabte oder drohende Diskriminierungserfahrungen zu achten. Gender-nonkonforme Kinder und Jugendliche berichten häufig von erfahrener Ausgrenzung, Stigmatisierung bis hin zu offener Feindseligkeit in ihren Alltagserfahrungen. Diese Erfahrungen können zu psychischen Belastungen führen mit Folgesymptomen, die bereits vor einer transgeschlechtlichen Selbstoffenbarung nach außen (soziales Outing) auftreten können. Auch im Gesundheitswesen kann es zu diskriminierenden Haltungen und Vorgehensweisen kommen.

Obwohl die UN-Kinderrechtskonvention Diskriminierung auf Grund des Geschlechts bzw. der geschlechtlichen Identität verbietet (z.B. Art.2: Das Recht auf Nichtdiskriminierung; Art.19: Das Recht, vor jeglicher Art physischer oder mentaler Gewalt, Verletzung oder Missbrauch, beschützt zu werden; Art.24: Das Recht des Kindes, den höchsten verfügbaren Gesundheitsstandard in Anspruch nehmen zu können; UNICEF, 2022), zeigen verschiedene nationale und internationale Studien, dass minderjährige trans Personen sowie deren Familien nicht nur im gesellschaftlichen Kontext, sondern auch im Gesundheitswesen gehäuft Ausgrenzung und Abwertung erfahren (Edenfield et al., 2019; Fuchs et al., 2012; Mizock & Lewis, 2008). Auf der Basis der Ergebnisse einer groß angelegten Studie zu Diskriminierungserfahrungen von trans Personen im Gesundheitswesen, die in mehreren EU-Mitgliedstaaten durchgeführt wurde, fordert die Agentur für Grundrechte der EU daher, dass EU-Staaten Sorge dafür zu tragen haben, dass das Personal im Gesundheitswesen entsprechend zu schulen ist und dass Bedürfnisse von Personen mit nonkonformer Geschlechtsidentität bei der Konzeption von gesundheitspolitischen Maßnahmen zu berücksichtigen sind (European Union Agency for Fundamental Rights., 2014).

Ein zusätzlich Gesundheitsrisiken bedingender Effekt geht für Betroffene von der antizipierenden Erwartung von Diskriminierung aus (Hädicke & Wiesemann, 2021). Dies zeigt sich etwa dann, wenn trans Personen aus einer Befürchtung heraus, diskriminiert zu werden, das Gesundheitswesen im Krankheitsfall meiden (Kcomt et al., 2020). Daher ist es für professionell Helfende wichtig, über diese Erfahrungen sowie über deren Bedingungsfaktoren und Folgen informiert zu sein, um daraus Empfehlungen für eine diskriminierungssensible Praxis sowie für strukturelle antidiskriminatorische Maßnahmen (z.B. Aufrufen im Wartezimmer) abzuleiten. Ein informierter und

sensitiver Umgang mit Diskriminierungserfahrungen ist daher eine wichtige Voraussetzung für eine zielführende professionelle Begleitung junger trans Personen und ihrer Angehörigen.

Wenn gender-nonkonforme Kinder und Jugendliche sowie deren Eltern Diskriminierungserfahrungen gemacht haben, kann dies den Beziehungsaufbau im psychotherapeutischen und medizinischen Setting beeinflussen. So können z.B. bei einem Erstkontakt verhaltenes Schweigen und Misstrauen die initiale Kontaktgestaltung prägen mit der Folge, dass die junge Person vom Gegenüber als *schwierig im Kontakt*, oder *unangemessen fordernd* wahrgenommen wird. Daher empfiehlt es sich, solche Vorerfahrungen im anamnestischen Gespräch zu erfragen und ggf. zu validieren, um den Beziehungsaufbau zu erleichtern. Auch überholte Ätiologiemodelle auf Seiten professionell helfender Personen im Gesundheitswesen, die ein transgeschlechtliches Empfinden als psychische Fehlentwicklung oder krankhafte Störung verstehen, können in der Interaktion mit Behandlungssuchenden im Ergebnis zu stigmatisierenden und diskriminierenden Haltungen beitragen.

Leitfragen an die Leitlinie:

- Welche Rolle spielen Erfahrungen von Behandlungssuchenden[1] mit Diskriminierung für den Prozess von Beratung und Behandlung bei der Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen?
- Worauf können und sollten professionell Helfende im Prozess von Beratung und Behandlung diesbezüglich achten?

2. Definition und Operationalisierung des Diskriminierungsbegriffes

Derzeit existiert eine Vielzahl an Definitionen und Interpretationen des Diskriminierungsbegriffs (Beigang et al., 2017; Ruhrmann, 2017). Den diesem Kapitel zugrundeliegenden Studien ist gemein, dass Diskriminierung als Erfahrung von Ausgrenzung und Abwertung infolge des Nicht-Entsprechens gesellschaftlicher Normen und Vorstellungen (meist hinsichtlich des Geschlechts) verstanden wird.

Unterschiede zwischen den Studien werden deutlich in der Definition und Erfassung von Ausgrenzungs- und Abwertungserfahrungen. Während einige Studien besonders Erfahrungen *direkter*

[1] Im Text der Leitlinie wird die Bezeichnung „Patient/Patientin“ im sozialrechtlichen Sinne für junge Personen verwendet, die eine Gesundheitsdienstleistung in Anspruch nehmen. Der Begriff „Behandlungssuchende“ umfasst hingegen auch die sorgeberechtigten Bezugspersonen, die bei dieser Inanspruchnahme beteiligt sind.

Diskriminierung in den Fokus nehmen, bei denen die gezielte Diskriminierung auf Grund des Merkmals Geschlecht erfolgte, betrachten andere Studien auch *indirekte* Diskriminierung, denen nicht unbedingt eine negative Intention der Diskriminierenden zugrunde liegt, sondern vielfach fehlende Information und Unachtsamkeit, sowie *strukturelle* Diskriminierung, bei der die Diskriminierung durch Institutionen erfolgt wie etwa durch praktisch etablierte Handlungsweisen im medizinischen System (Council of Europe & Commissioner for Human Rights, 2011; Günther et al., 2021). Neben unterschiedlichen Formen der Diskriminierung fokussieren sich die Studien auch auf unterschiedliche Kontexte/Systeme, in denen Diskriminierung erfolgen kann: z.B. Familie, Schule oder Gesundheitssystem. In dem folgenden Abschnitt werden daher zunächst Studien vorgestellt, die sich auf mehrere Kontexte beziehen. Anschließend folgen sowohl ein Abschnitt mit weiteren, für den Kontext *Schule und Peerbeziehungen* relevanten Studien als auch ein Abschnitt mit Befunden zu *Diskriminierungserfahrungen im und durch das Gesundheitssystem*.

In diesem Kapitel wird dem Begriff der Diskriminierung folgende Definition von Hädicke und Wiesemann (2021) zugrunde gelegt:

> Unter Diskriminierung wird eine ungleiche Behandlung von Mitgliedern einer bestimmten sozialen Gruppe „mit einem niedrigeren Status im Gefüge sozialer Machtverhältnisse“ verstanden, die diese „schädigt, ihre Freiheitsrechte beschneidet, sie herabwürdigt oder ihre Chancengleichheit beeinträchtigt“(Hädicke & Wiesemann, 2021, S. 382–383). Absicht ist dabei keine notwendige Voraussetzung (Hädicke & Wiesemann, 2021).

3. Nationale und internationale Studien

Da bislang nur sehr wenig Studien existieren, welche die Gleichbehandlungs- und Diskriminierungssituation von minderjährigen trans Personen und deren Angehörigen im deutschsprachigen Raum abbilden, muss auch auf Studien zur Situation trans Jugendlicher in anderen Ländern und zur Situation älterer trans Menschen zurückgegriffen werden. Besonders stark mangelt es an Studien, welche explizit auf die Situation von gender-nonkonformen präpubertären Kinder eingehen. Dies verdeutlicht einen großen Forschungsbedarf und erschwert eine Schätzung des Ausmaßes von Diskriminierung für den deutschsprachigen Raum.

Eine deutschsprachige Studie mit einem qualitativen Forschungsdesign widmete sich den Erfahrungen von Sorgeberechtigten eines trans Kindes/Jugendlichen im deutschen Gesundheitswesen und identifizierte dabei teilweise erhebliche Barrieren der Familien in der Gesundheitsversorgung (Mucha et al., 2022). Es wird insbesondere in der pädiatrischen Versorgung von Erlebnissen der

Unsicherheit, fehlendem Fachwissen bis hin zu Unglaubwürdigkeit und Pathologisierung der Transidentität berichtet. In Folge kam es teilweise zu Behandlungsabbrüchen (ebd.).

Einen detaillierten Eindruck der Situation junger trans Menschen in Australien ermöglichen die Befunde einer querschnittlichen Studie von Strauss et al. (2020). Mittels eines anonymen Onlinesurveys wurden 859 Jugendliche (bei Geburt weiblichen Geschlechts zugewiesen bei 74,4%) zwischen 14 und 25 Jahren (*M* = 19,37 *SD* = 3,15), welche sich selbst als trans identifizierten sowie 194 Eltern oder Betreuende befragt. Abgefragt wurden neben Daten zur psychischen Gesundheit Erfahrungen im Gesundheitssystem, die potentiell zu psychischer Belastung (distress) führen können. Als potentiell belastende Erlebnisse berichteten die Teilnehmenden von Abweisung/Zurückweisung durch Peers (89%), Problemen in der Schule/Universität (78,9%), Mobbing (74%), Diskriminierung (68,9%), mangelnde familiäre Unterstützung (65,8%), Isolation von Diensten/Services (60,1%), psychische Misshandlung in der Familie (57,9%), Probleme mit beruflicher Beschäftigung (41,9%), physische Misshandlung in der Familie (24,8%), Obdachlosigkeit/Probleme mit Unterkunft (22%) und physische Misshandlung außerhalb der Familie (16,2%). Des Weiteren gaben 19,6% der Befragten an, mit der hausärztlichen Behandlung und 31,7% mit der psychiatrischen Behandlung nicht zufrieden zu sein. Als Gründe hierfür wurden u.a. angegeben, dass sich die Behandelnden weigerten, in der Ansprache den gewählten Vornamen und das entsprechende Pronomen zu verwenden, Transidentität als eine *Entwicklungsphase* deklarierten sowie dass sich die Betroffenen pathologisiert fühlten oder ihnen eine gewünschte Behandlung verweigert worden sei. Dies führte dazu, dass viele Betroffene davon berichteten, dass sie mehrere Ärzt*innen hätten aufsuchen müssen oder dass Besuche bei Ärzt*innen vermieden worden seien.

Ähnliche Befunde zur Situation von trans Personen in Deutschland und Europa werden in einer Studie der Agentur für Grundrechte der Europäischen Union (2014) in einer qualitativen Interview-Studie von Sauer und Meyer (2016) berichtet.

Die Daten der genannten EU-weiten Studie bilden verschiedene Aspekte der Gleichbehandlung und Diskriminierung erwachsener trans Personen innerhalb der EU ab (European Union Agency for Fundamental Rights., 2014). Es wurden insgesamt 93.079 Personen über 18 Jahren (*M* = 34 Jahre) mittels einer anonymen Online-Erhebung befragt. Von diesen identifizierten sich 6.771 Personen als trans (darunter 1.329 Deutsche). EU-weit gaben 54% der befragten trans Personen an, sich in den vergangenen 12 Monaten belästigt oder diskriminiert gefühlt zu haben, weil sie als trans wahrgenommen worden seien. Jüngere, arbeitslose sowie trans Personen mit einem niedrigen Einkommen gaben dabei häufiger an, sich im vergangenen Jahr diskriminiert gefühlt zu haben. Im Beschäftigungskontext gaben befragte trans Personen an, dass sich 37% bei der Arbeitsplatzsuche und

27% am Arbeitsplatz diskriminiert gefühlt haben. Im Kontext des Bildungswesens berichtete ca. ein Viertel der trans Personen, die selbst eine Schule/ Universität besucht haben oder Kinder in der Schule/Universität haben, sich persönlich durch Mitarbeitende diskriminiert gefühlt zu haben. Etwa ein Fünftel der befragten trans Personen gab an, sich im vergangenen Jahr durch Mitarbeitende des Gesundheitswesens bzw. durch zuständige Sozialämter diskriminiert gefühlt zu haben. Nur wenige Personen meldeten den letzten Fall von Diskriminierung an Behörden. 60% meldete den entsprechenden Vorfall nicht, aus der Überzeugung, es „würde nichts bringen bzw. ändern". Darüber hinaus gaben 47% an, dass es nicht wert sei, Vorfälle zu melden, da so etwas dauernd passiere. 30% wussten nicht, wie/wo der entsprechende Vorfall hätte gemeldet werden können. Neben verbalen Diskriminierungserfahrungen wurden auch Androhungen und Erfahrungen physischer Gewalt und Belästigung abgefragt.

Jede zweite trans Person berichtete von einem Vorfall von Gewalt oder Belästigung im vergangenen Jahr. 44% derjenigen, die Gewalterfahrung innerhalb des zurückliegenden Jahres berichteten, gaben an, dass dies dreimal oder häufiger der Fall gewesen sei. 8% der trans Personen wurden körperlich oder sexuell angegriffen oder mit Gewalt bedroht (aufgrund der Wahrnehmung als trans). Von den befragten trans Personen, die Gewalterfahrungen berichteten, gaben 21% an, den jüngsten Fall von durch Hass motivierte Gewalt an die Polizei gemeldet zu haben. Als Folgen der Diskriminierungserfahrungen wurden unter anderem Ängste und Einschränkungen im Alltag berichtet. So vermieden beispielsweise 32% der befragten trans Personen das Ausleben der Geschlechtsrolle in der Öffentlichkeit (aus Angst, angegriffen, bedroht oder belästigt zu werden). Die Hälfte vermeide aus entsprechenden Befürchtungen Plätze oder Orte. Jede*r fünfte gab an, selbst zuhause einen offenen Umgang mit dem eigenen trans Sein zu vermeiden (European Union Agency for Fundamental Rights., 2014).

Im Rahmen der qualitativen Studie von Sauer und Meyer (2016) wurden 15 in Deutschland lebende trans Menschen (davon 14 bei der Geburt weiblichen Geschlechtes zugewiesen) im Alter zwischen 14 und 26 Jahren zu ihrem Selbstverständnis, ihrer Lebenssituation und dem von ihnen wahrgenommenen Unterstützungsbedarf durch Gesellschaft und Institutionen befragt. Hinsichtlich Diskriminierung berichten ca. die Hälfte der Befragten konkrete psychische Belastungen, welche besonders häufig durch familiäre Konflikte hervorgerufen worden seien. Darüber hinaus berichteten die Befragten von Ausgrenzung durch Peers (häufig Mitschüler*innen) und Ängsten, auf Grund von homo- und transphobem Verhalten anderer das Aufsuchen bestimmter öffentlicher Orte zu meiden. Berichtete Diskriminierungserfahrungen bestehen vor allem aus mangelnder Akzeptanz durch Eltern, Peers, Lehrer*innen, Ärzt*innen etc. Diskriminierende Verhaltensweisen seien beispielsweise

Weigerungen, den gewählten Namen zu nutzen bis hin zu konkreter Gewalt. An positiven Erfahrungen wurden von Betroffenen berichtet, wenn ihnen mit aufrichtigem Interesse, guter Informiertheit und einer positiven und wohlwollenden Haltung begegnet wurde, was dann als Quelle von Halt und Unterstützung beschrieben wurde (Sauer & Meyer, 2016).

4. Diskriminierung durch Peers, Folgen und Schutzfaktoren

Einen Überblick über die Folgen von Peer-Viktimisierung im Jugendalter auf Grund sexueller Orientierung sowie des Ausdrucks der eigenen Transidentität ermöglicht das systematische Review von Collier et al. (2013). Dieses basiert auf insgesamt 39 Studien[2] , bei denen häufig jedoch nicht zwischen sexueller Orientierung und Transidentität unterschieden wurde. Die Studienergebnisse zeigen, dass Peer-Viktimisierung mit verschiedenen negativen psychosozialen und gesundheitlichen Outcomes korreliert. Zu Peer-Viktimisierung zählten dabei: *verbale Viktimisierung*, *physische Viktimisierung*, *sexuelle Viktimisierung* (z.B. sexueller Missbrauch), *sexuelle Belästigung* (z.B. Kommentare, Gesten, sexuelle Berührungen/ Begrabschen), *relationale Viktimisierung* (absichtsvoll von Peers von Aktivitäten ausgeschlossen werden), *indirekte Viktimisierung* (negative/ schädliche Gerüchte) und *Cybermobbing.* Die am häufigsten untersuchten Outcome-Parameter in Studien waren Zugehörigkeitsgefühl in der Schule Depression und Suizidalität.

Es ergaben sich starke Hinweise dafür, dass jene, die Viktimisierung erfahren, ein geringeres Zugehörigkeitsgefühl zu ihrer Schule haben sowie höhere Ausprägungen depressiver Symptome aufweisen. Bezüglich des Zusammenhangs zwischen Viktimisierung und Suizidgedanken bzw. Suizidversuchen fallen die Ergebnisse unterschiedlich aus: In großen schulbasierten Stichproben moderierte Peer-Viktimisierung den Zusammenhang zwischen sexueller Orientierung (inkl. Transidentität) und Suizidalität. In reinen LGB-Studien (excl. Transidentität) hingegen ergab sich kein unabhängiger Zusammenhang zwischen Peer-Viktimisierung und Suizidversuchen. Die Ergebnisse bzgl. Peer-Viktimisierung legen nahe: Bei Jugendlichen trans Personen, die lernbezogene oder andere Schwierigkeiten in/an der Schule haben, ist es für Behandelnde wichtig, gezielt nach möglicherweise erlittenen Peer-Viktimisierungen zu fragen. Ist eine solche Viktimisierung bekannt, sollte auf das mögliche Vorliegen einer Depression oder von Suizidgedanken gezielt geachtet werden (s.u. konsensbasierte Empfehlung).

Der Zusammenhang von Suizidgedanken und Mobbingerfahrungen bei trans Jugendlichen im Vergleich zu nicht trans Jugendlichen in den USA wurde in der Studie von Ybarra et al. (2015)

[2] Hiervon 12 Studien mit Trans Personen

untersucht. Mittels eines Onlinesurveys wurden insgesamt 5.542 Jugendliche im Alter zwischen 13 und 18 Jahren befragt, in der Stichprobe bezeichneten sich 188 als *Transgender*, 199 als *Gender-Nonkonform* und 50 als *Anderes Geschlecht*. Dabei gaben 48% der trans Jugendlichen, 44% der Gender-Nonkonformen und 55% der Jugendlichen mit der Angabe *Anderes Geschlecht* an, in den vergangenen 12 Monaten soziale Ausgrenzung bzw. Mobbing erfahren zu haben. Unter den männlichen cis-gender Jugendlichen waren dies 21% und unter den weiblichen 25%. Auf die Frage nach Suizidgedanken innerhalb der vergangenen Woche antworteten gender-nonkonforme Jugendliche mit 41-53% deutlich häufiger mit „ja" als cis-gender Jugendliche (13-21%).

Dass trans Jugendliche auch von mehrfacher Diskriminierung betroffen sein können, geht aus einer Studie von Wilson et al. (2016) hervor. Befragt wurden 216 jugendliche trans Mädchen im Alter zwischen 16 und 24 Jahren. Untersucht wurde dabei der Zusammenhang von Unterschieden der psychischen Gesundheit in Abhängigkeit des Ausmaßes an Diskriminierungserfahrungen und Schutzfaktoren. 37% der Befragten berichteten, einer geringen Ausprägung an Diskriminierung ausgesetzt zu sein. 45,9% berichteten von stark ausgeprägter transgender-bezogener Diskriminierung und 26,2% der Jugendlichen berichteten, stark ausgeprägter rassistischer Diskriminierung ausgesetzt zu sein. 15,9% berichteten, beide Diskriminierungsformen in hohem Ausmaß gleichzeitig zu erleben. Der Stress in Zusammenhang mit Suizidgedanken war in allen Diskriminierungsbedingungen erhöht. Erlebte Diskriminierung aufgrund der Transidentität ging in dieser Stichprobe mit 2,6-fachem Risiko für PTBS-Symptome, 2,6-fachem Risiko für Depressivität und 7,7-fachem Risiko für Suizidgedanken einher. Darüber hinaus fanden sich auch spezifische Outcomes je nach Diskriminierungstyp, was auf die Notwendigkeit spezifischer Ansätze sowohl für transgender-bezogene, für rassistische als auch für gemischte Diskriminierung hinweist. Als bedeutsamer, die psychische Gesundheit fördernder, Schutzfaktor konnte neben unspezifischen Resilienzfaktoren v.a. die Akzeptanz und Unterstützung der Transidentitiät durch das familiäre Umfeld nachgewiesen werden.

Mit 81.885 Highschool-Schüler*innen (Stufen 9 und 11), von denen sich 2.168 als TGNC (Transgender/NonConforming) identifizierten, sind die Größen der Stichprobe und der Kontrollgruppe der querschnittlichen Studie von Eisenberg und Kollegen (2017) sehr groß. Zentrale Fragestellungen dieser Untersuchung waren die Prävalenz von TGNC-Identität bei Jugendlichen, Unterschiede von Risiko- und Schutzfaktoren bei TGNC-Jugendlichen im Vergleich zu cis-gender Jugendlichen sowie Unterschiede bei Risiko- und Schutzfaktoren der TGNC-Jugendlichen zwischen den bei Geburt zugewiesenen Geschlechtern. Zusammenfassend wird berichtet, dass TGNC-Jugendliche in allen untersuchten Risiko-Faktoren stärker betroffen sind als die cis-gender Vergleichsgruppe. Besonders mit Blick auf das emotionale Wohlbefinden sind die Unterschiede TGNC vs. cis-gender groß: Über 60%

der TGNC-Jugendlichen geben an, bereits Suizidgedanken gehabt zu haben, unter den cis-gender Jugendlichen waren es 20%; von den TGNC-Jugendlichen gab etwa jede*r Dritte an, bereits einen Suizidversuch begangen zu haben. Des Weiteren berichteten TGNC-Jugendliche auch signifikant häufiger von Mobbing- und Diskriminierungserfahrungen. Bezogen auf physische Angriffe: TGNC 25,1% (cis-gender 12,7%), Cybermobbing: TGNC 27,6% (cis-gender 12,3%), Diskriminierung aufgrund von Gender: TGNC 35,3% (cis-gender 4,7%). Innerhalb der Gruppe der TGNC-Jugendlichen ist in dieser Studie aufgefallen, dass Jugendliche mit bei Geburt weiblich zugewiesenem Geschlecht (trans Jungen) signifikant häufiger als Jugendliche mit bei Geburt männlich zugewiesenem Geschlecht (trans Mädchen) von emotionalem Stress sowie von Diskriminierung durch Peers berichteten sowie weniger ausgeprägte Schutzfaktoren wie familiäre Verbundenheit oder eine positive Lehrer*innen-Schüler*innenbeziehung aufwiesen (ebd.).

Der Einfluss von Risiko- und Schutzfaktoren auf die psychische Gesundheit von Jugendlichen geht auch aus einer Studie von Veale et al. (2017) hervor. Mittels eines Online-Surveys wurden insgesamt 923 kanadische 14- bis 25-Jährige befragt. In der Gruppe der 14- bis 18-Jährigen (N = 323) berichteten 64% im vergangenen Jahr sozial ausgegrenzt worden zu sein. Dabei gaben 52% dieser Jugendlichen an, (auch) in der Schule Mobbing erfahren zu haben. Ein aus den berichteten kumulativen Erfahrungen ermittelter Stigmatisierungsindex sagte durchweg vermehrte Probleme mit der psychischen Gesundheit voraus, insbesondere in Bezug auf das nichtsuizidale selbstverletzende Verhalten stieg die Wahrscheinlichkeit, dieses Verhalten zu zeigen um 25% mit jedem zusätzlichen Punkt im Stigmatisierungsindex. Alle Schutzfaktoren waren hingegen mit psychischen Gesundheitsproblemen negativ korreliert, wobei nicht alle das Kriterium eines Odds-Ratio von <0,5 erfüllten. *Familienverbundenheit* war der stärkste Schutzfaktor. *Schulverbundenheit* war ein signifikanter Schutzfaktor bzgl. extremem Stress sowie extremer Verzweiflung. Die Wahrnehmung, dass sich Freund*innen um einen kümmern, konnte eine geringere Rate an Suizidversuchen vorhersagen.

Einen zusammenfassenden Überblick über die Bedeutung und Wirksamkeit verschiedener Schutzfaktoren ermöglicht ein systematischer Review von Johns et al. (2018), welches die Befunde von 21 Studien auf Schutzfaktoren untersucht. Die Altersspanne der Studienteilnehmer*innen reichte dabei von 11 bis 26 Jahren. In den 21 Artikeln wurden insgesamt 27 Faktoren in Bezug auf positive Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlergehen von trans bzw. gender-nonkonformen Jugendlichen untersucht. Die folgenden erwiesen sich als protektiv:

- Auf Ebene des Individuums war dies das Selbstwertgefühl der Jugendlichen.

- Auf Ebene der Beziehungen erwies sich die Unterstützung durch Eltern/Familie sowie durch Peers als zentral für das Wohlergehen der Jugendlichen. Auch Erwachsene außerhalb der Familie stellen eine wichtige Ressource dar. Insbesondere in jenen Fällen, in denen seitens der Familie oder der Peers keine Unterstützung erfahren wird. Solche Erwachsene könnten z.B. eine Hilfe sein, wenn es darum geht, Familien und Peers zu einem besseren Verständnis von Gender-Nonkonformität zu verhelfen.
- Auf Ebene der (Schul-) Gemeinschaft erwiesen sich sog. *Gay-Straight-Alliances* als protektiv für LGB-Jugendliche. Dies sind von Schüler*innen geleitete und von einem verantwortlichen Lehrer betreute Organisationen, die an Schulen vor allem in den Vereinigten Staaten und Kanada für ein sicheres und unterstützendes Umfeld für LGBTQ-Personen eintreten (ebd.).

Einen Ansatzpunkt zum Abbau von Diskriminierung durch Peers können die Ergebnisse der Studie von Barbir und Kollegen (2017) darstellen. Diese untersuchten den Zusammenhang zwischen dem sozialen Kontakt cis-gender-heterosexueller College-Studenten mit trans Personen und den selbstberichteten positiven sowie negativen Einstellungen und Verhaltensintentionen gegenüber trans Personen. Aus den Ergebnissen dieser Untersuchung geht hervor, dass sozialer Kontakt wie Freundschaften mit trans Personen die selbstberichteten Einstellungen gegenüber trans Personen beeinflussen kann. Ebenso kann der soziale Kontakt die selbstberichteten Verhaltensintentionen beeinflussen: Wer in der vorliegenden Studie mindestens eine Freundschaft zu einer Transgender-Person hatte, berichtete weniger negative Einstellungen und Verhaltensintentionen gegenüber trans Personen, mehr positive Verhaltensintentionen sowie Ansichten und mehr öffentliche unterstützende Intentionen. Mögliche Vorteile durch Freundschaften mit cis-gender Personen sind für trans Personen zudem ein Zugang zur *Mainstream-Gesellschaft*, ein größeres Angebot diverser Perspektiven und Interaktionen, Gelegenheiten, Wissen und Bewusstsein für die Erfahrungen der trans Personen zu erhöhen und ggf. Hilfe darin, sich in der Rolle des gewählten Geschlechts zu präsentieren. Typische berichtete Hindernisse für Freundschaften mit cis-gender/heterosexuellen Personen waren u. a. unzureichendes Wissen zu Gender-Themen, unsensibler Sprachgebrauch sowie weniger geteilte Erfahrungen (Barbir und Kollegen 2017).

5. Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitssystem

Wie beschrieben, sind trans Personen auch im Kontext des Gesundheitswesens Diskriminierungen ausgesetzt. Dabei kann diese Diskriminierung sowohl durch Personen im Gesundheitswesen erfolgen, die wegen trans spezifischen Themen aufgesucht wurden, als auch durch alle andere wie Zahnarzt-, Betriebsarzt-Praxen, Impfsprechstunden usw. (European Union Agency for Fundamental Rights., 2014; Sauer & Meyer, 2016; Strauss et al., 2017). Bei den berichteten Raten

diskriminierender Erfahrungen ist zu differenzieren, ob und wie in den jeweiligen Studien der Begriff der Diskriminierungserfahrungen operationalisiert wird.

Verschiedene Online-Umfragen erfassten Diskriminierungserfahrungen erwachsener trans Personen im Gesundheitswesen der USA. Bradford, Reisner, Honnold und Xavier (2013) berichten, dass 41% von 387 befragten trans Personen angaben, diskriminierendes Verhalten erlebt zu haben. Shires und Jaffee (2015) beschreiben, dass 41% von 1.711 befragten trans Personen (FTM) angaben, dass aufgrund der Transidentität die Behandlung verweigert wurde, sie körperlich angegriffen oder verbal belästigt bzw. sie verbal nicht respektvoll behandelt wurden. Kattari, Bakko, Hecht und Kinney (2020) berichten, dass 8% von 27.715 transidenten und nichtbinären Befragten eine Behandlungsverweigerung bei Personen im Gesundheitswesen angaben, die sie aufgrund der Transidentität aufsuchten. Weniger als 3% gab eine Behandlungsverweigerung in Kontakten im Gesundheitswesen an, wenn der Kontakt einen anderen Grund als die Transidentität hatte.

Bradford und Kolleg*innen (2013) berichten darüber hinaus, dass ein niedriger sozioökonomischer Status, Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit, ein jüngeres Alter bei Bekanntwerden der Transidentität sowie eine geringere Unterstützung durch die Familie Faktoren sind, welche mit einer erhöhten Diskriminierungswahrscheinlichkeit im Gesundheitswesen einhergehen.

In einer Fokusgruppen-Studie mit 34 trans Teilnehmenden von Sperber und Kollegen (2005) beschrieben die Befragten Ignoranz, mangelnde Sensibilität und Diskriminierung als häufig bei Kontakten ins Gesundheitswesen. Zudem wurde geäußert, dass Behandelnde oft auf die Trans-Thematik eingingen, wenn dies nicht behandlungsrelevant sei (z.B. bei Frakturen oder Infektionskrankheiten).

Eine Einschätzung der aktuellen Situation und Erfahrungen von trans Personen in Deutschland ermöglichen die Ergebnisse einer umfangreichen querschnittlichen Untersuchung durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2016): Mittels einer Online-Umfrage wurden Daten von 1.049 trans Personen erfasst. Darunter waren auch die Angaben von 117 trans Kindern und Jugendlichen (genaues Alter unbekannt), wobei in 70% dieser Fälle der Fragebogen stellvertretend durch Erwachsene (meist ein Elternteil) ausgefüllt wurde. Bezogen auf die Antworten der Kinder und ihrer Angehörigen gaben ca. 75% der Befragten an, Psychotherapeut*innen in Gesprächen einfühlsam, unterstützend und fachkundig empfunden zu haben. Gleichzeitig erlebten ca. 33% der Befragten solche Gespräche als pathologisierend. Ärzt*innen wurden von ca. 60% der befragten Kinder, Jugendliche sowie deren Angehörigen als einfühlsam, unterstützend und fachkundig wahrgenommen. 28% der Teilnehmenden fühlten sich eher pathologisiert. Auf die Frage „Von welcher Personengruppe/Institution hätten Sie oder Ihr*e Angehörige*r sich mehr Unterstützung gewünscht?“

gaben 52,14% Schule und Kindergarten, 39,32% Ärzt*innen, 34,19% Familie, Freund*innen, Bekannte und 25,64% Psychotherapeut*innen an.

Die Folgen von Diskriminierungserfahrungen umfassen Furcht vor Diskriminierung im Kontakt mit Gesundheitseinrichtungen (Grossman et al., 2016), Verschweigen der eigenen Transidentität aufgrund einer unstimmigen Behandelnden-Patient*innen-Beziehung oder Befürchtung negativer Konsequenzen (Rossman et al., 2017) und Aufschieben oder Vermeiden von ärztlichen Behandlungen aufgrund von Diskriminierungserfahrungen. In einer Studie von Cruz und Kollegen (2014) gab etwa die Hälfte von 4.049 befragten trans Personen an, schon einmal eine kurative Behandlung aufgrund der eigenen trans Identität aufgeschoben zu haben, davon wiederum die Hälfte gab als Grund dafür bereits gemachte Diskriminierungserfahrungen an. In einer Online-Befragung von Bauer und Kolleg*innen (2014) gaben 21% von 433 trans Personen an, schon einmal vermieden zu haben, einen ärztlichen Notdienst aufzusuchen.

Auf Unsicherheiten auf Seiten der Behandelnden im Umgang mit trans Personen weisen kanadische und US-amerikanische Studien hin. In einer kanadischen Studie von (Snelgrove et al., 2012) wurden 13 Ärzt*innen verschiedener Fachrichtungen zu Hindernissen für trans Personen im Gesundheitssystem befragt. Bezogen auf die eigenen Erfahrungen und Einschätzungen gaben die Befragten an, Defizite bzgl. des entsprechenden medizinischen Spezialwissens aufzuweisen und ethische Abwägung transitions-bezogener Behandlung als sehr herausfordernd zu erleben. Häufig trat eine Überforderung der Ärzt*innen dadurch auf, nicht zu wissen, an wen man sich wenden sollte.

In einer anderen Studie zur Stigmatisierung von trans Personen im Gesundheitswesen von (Poteat et al., 2013) wurden neben 55 trans Personen auch 12 Ärzt*innen/ Krankenpfleger*innen befragt. Ein häufiges Thema der Behandelnden war Unsicherheit im konkreten Umgang mit trans Personen sowie mit der grundsätzlichen Einordnung des Phänomens *trans* (inkl. der Frage nach Behandlungsbedürftigkeit).

Von einer subjektiv empfundenen Dilemmasituation berichteten Angehörige des Krankenpflegepersonals, die zu eigenen Unsicherheiten im Umgang mit trans Personen befragt wurden (Beagan et al., 2012). Die Befragten gaben an, sich einerseits zu bemühen, keine Unterschiede im Umgang zwischen trans Personen und sonstigen Patient*innen machen zu wollen, andererseits aber auch behandlungsrelevante existierende Unterschiede wahrzunehmen.

Im Rahmen einer Studie von Kitts (2010) wurden 184 Ärzt*innen einer US-Universitätsklinik zu Hindernissen optimaler Fürsorge für LGBT-Jugendliche befragt. Die Mehrheit gab an, sich nicht ausreichend kompetent zu fühlen, um mit LGBT-Jugendlichen über deren sexuelle Orientierung/

Geschlechtsidentität ins Gespräch zu kommen. Entsprechend wurde der Wunsch nach Fortbildungen formuliert.

Ergebnisse verschiedener Untersuchungen zeigen, dass bereits kurze Workshops das Wissen über Diskriminierung und Vulnerabilität von trans Personen im und deren Zugang zum Gesundheitssystem sowie Kompetenzen im Umgang mit trans Kindern und trans Jugendlichen fördern können: Beispielsweise absolvierten in einer Studie von Kelley und Kollegen (2008) 75 Medizinstudierende eine zweistündige Lehreinheit zum Thema LGBT*-Gesundheit. Untersucht wurde die Auswirkung auf das Wissen und die Einstellungen der Studierenden bezüglich der Behandlung von LGBT*-Personen. Bei der Nachbefragung gaben deutlich mehr Studierende an, dass der Zugang zum Gesundheitssystem für LGBT*-Personen schwieriger ist als für die Durchschnittsbevölkerung. Weniger Befragte als zuvor waren der Überzeugung, dass LGBT*-Personen selten in stabilen Partner*innenschaften lebten. Weniger Studierende als vor dem Workshop gaben an, Personen ungern in Angelegenheiten der Geschlechtsidentität behandeln zu wollen.

Ähnliches zeigte sich auch in einer Studie von Safer und Pearce (2013)**.** 74 Medizinstudierende nahmen an einer Vorlesung im Rahmen des endokrinologischen Lehrangebots teil. Es wurde geprüft, welche Auswirkungen auf die Einstellung gegenüber der Behandlung von trans Personen festzustellen wären. Nach dem Kurs reduzierte sich die Anzahl der Studierenden, denen eine Behandlung von trans Personen unangenehm wäre, um 60%. Bei der Nachbefragung war kein Studierender mehr der Meinung, bei trans Angelegenheiten handele es sich um kein medizinrelevantes Thema. Zudem reduzierte sich die Zahl der Studierenden, die eine entsprechende Behandlung verweigern würden, deutlich.

Dass auch im psychotherapeutischen Kontext diskriminierungssensitive Fortbildungs-Workshops sinnvoll sein können, konnte von McGravey (2015) gezeigt werden. An 68 psychotherapeutisch tätigen Schulpsycholog*innen wurde die Effektivität eines Workshops zur Erweiterung des Wissens und der Fertigkeiten im Umgang mit LGBTQ-Jugendlichen untersucht. Im Allgemeinen hatten sich die Maße für Wissen sowie Kompetenzen zu beiden Nachbefragungszeitpunkten signifikant verbessert.

6. Literatur zu Empfehlungen für einen diskriminierungs-sensiblen Umgang mit trans Personen

Eine umfassende Orientierung für Professionelle hinsichtlich einer diskriminierungssensiblen Arbeit im Gesundheitswesen bietet die TGNC-Leitlinie der American Psychological Association (2015) sowie hinsichtlich einer fundierten intersektionalen Perspektive die Multicultural Guidelines der American Psychological Association (2017). Kontextsensible Modelle wie z.B. das

Minoritätenstressmodell (Meyer, 2003) werden in einer trans-spezifischen Adaptation zur Erfassung und Bearbeitung von Diskriminierungserfahrungen und deren gesundheitlichen Folgen bei Rood et al. (2016) ausführlich dargestellt. Eine umfassende Darstellung für trans Personen im Hinblick auf Diskriminierung besonders kritischen Haltungen und Vorgehensweisen, die von den mittlerweile veralteten psychopathologischen Konzeptualisierungen des in der ICD-10 noch so genannten *Transsexualismus* ausgehen und die gleichwohl in der gesundheitlichen Versorgung von trans Personen jahrzehntelang prägend waren, findet sich bei Wanner & Landsteiner (2019).

Aussagen zum wissenschaftlichen Erkenntnisstand

IX. E1.	Es gibt aus Befragungsstudien Belege, dass minderjährige trans Personen und ihre Erziehungsberechtigten häufig von vielfältigen Diskriminierungserfahrungen in verschiedenen Lebensbereichen berichten, auch im Gesundheitswesen.

Die Evidenz zu dieser Aussage ist durch 25 Studien gut belegt (Bauer et al., 2014; Bradford et al., 2013; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2016; Collier et al., 2013; Cruz, 2014; Mucha et al., 2022; Rossman et al., 2017; Sauer & Meyer, 2016; Shires & Jaffee, 2015; Sperber et al., 2005; Strauss et al., 2017, 2020; Veale et al., 2017; Wilson et al., 2016; Ybarra et al., 2015).

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

IX. E2.	Es gibt Hinweise, dass Diskriminierungserfahrungen minderjähriger trans Personen und ihrer Erziehungsberechtigten nicht nur in der individuellen Interaktion mit Behandelnden gemacht werden, sondern auch auf struktureller und institutioneller Ebene.

Die Evidenz zu dieser Aussage ist durch 10 Studien belegt (Bauer et al., 2014; Bradford et al., 2013; Council of Europe & Commissioner for Human Rights, 2011; Cruz, 2014; Günther et al., 2021; Hädicke & Wiesemann, 2021; Kcomt et al., 2020; Mucha et al., 2022; Rossman et al., 2017)

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

IX. E3.	Bei berichteten Diskriminierungserfahrungen minderjähriger trans Personen und ihrer Erziehungsberechtigten im Gesundheitswesen gibt es zudem Anhaltspunkte dafür, dass diese häufig nicht durch bewusste oder intendierte Haltungen von Behandelnden bedingt sind, sondern durch unzureichendes Fachwissen und/oder fachliche Unsicherheit entstehen können.

Die Evidenz zu dieser Aussage ist unsicher. Es liegen hierzu acht Studien vor (Beagan et al., 2012; Kelley et al., 2008; Kitts, 2010; McGravey, 2015; Mucha et al., 2022; Poteat et al., 2013; Safer & Pearce, 2013; Snelgrove et al., 2012)

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

7. Konsensbasierte Empfehlungen

Konsensbasierte Empfehlung:

IX.K1.	Behandelnde (Angehörige aller helfenden Berufsgruppen im Gesundheitswesen) sollten über Risiken und Formen von Diskriminierung, denen minderjährige trans Personen und ihre Erziehungsberechtigten ausgesetzt sein können, informiert sein. Sie sollten ihre eigene professionelle Haltung hinsichtlich potentiell diskriminierender Aspekte kritisch reflektieren.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Konsensbasierte Empfehlung:

IX.K2.	Behandelnde (Angehörige aller helfenden Berufsgruppen im Gesundheitswesen) sollten nach Möglichkeit im Rahmen ihres Tätigkeitsfeldes dazu beitragen, Diskriminierungen, die u.a. auf struktureller oder institutioneller Ebene vorkommen können, abzubauen.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Konsensbasierte Empfehlung:

IX.K3.	Behandelnde (Angehörige aller helfenden Berufsgruppen im Gesundheitswesen) sollten über die psychischen und gesundheitlichen Folgen von Diskriminierungserfahrungen informiert sein und dieses Wissen in ihrer Arbeit berücksichtigen.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Konsensbasierte Empfehlung:

IX.K4.	Im Rahmen psychologisch-psychotherapeutischer Diagnostik, Beratung und Prozessbegleitung bei Kindern und Jugendlichen, die wegen Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie vorstellig werden, sollten Diskriminierungserfahrungen erfragt und als krankheitsfördernde Faktoren beachtet werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Neben dem gezielten Erfragen solcher Erfahrungen in der Vergangenheit sollten dabei auch aktuelle Erfahrungen erfragt werden. Im Sinne eines ressourcen-orientierten Ansatzes empfiehlt es sich auch gezielt nach positiven Erfahrungen im gesellschaftlichen Kontext sowie im Gesundheitssystem zu fragen.

Konsensbasierte Empfehlung:

IX.K5.	Für die Prozessbegleitung minderjähriger trans Personen sollten dem sozialen Umfeld (z.B. Schulen, Ausbildungseinrichtungen, Sportvereine, Jugendeinrichtungen, Kirchengemeinden etc.) Aufklärungs- und Informationsangebote zur Verfügung gestellt werden, die auch auf Informations- und Beratungsangebote durch Selbstvertretungs-Organisationen von trans Personen und ihren Angehörigen hinweisen.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Zur Erläuterung: Ein solches Angebot der fachlichen Unterstützung Behandlungssuchender in ihrem sozialen Alltagsumfeld setzt transparentes Einvernehmen voraus.

Die in anderen medizinischen Kontexten für durch Patient*innen und deren Interessenvertretungen organisierte Beratungsangebote üblichen Begriffe *Selbsthilfe* bzw. *Selbsthilfeorganisation* sind in diesem Feld nicht (mehr) gebräuchlich.

Konsensbasierte Empfehlung:

IX.K6.	Behandelnde sollten in der Ansprache gender-nonkonformer Kinder und Jugendlicher die jeweils gewünschten Pronomina und Vornamen erfragen und nach situativer Möglichkeit verwenden. Entsprechend sollte in Abstimmung mit den Behandlungssuchenden auch in der professionellen Kommunikation mit anderen beteiligten Fachpersonen und Institutionen vorgegangen werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Gegenüber Erziehungsberechtigten und anderen wichtigen Bezugspersonen, die Vorbehalte äußern gegenüber dem Wunsch einer minderjährigen trans Person, entsprechend ihrer geschlechtlichen Selbstauskunft angesprochen zu werden, ist es wichtig, die Bedeutung der Anerkennung der geschlechtlichen Selbstauskunft für einen notwendigen Vertrauens- und Beziehungsaufbau in der Behandlung zu kommunizieren. Es ist darauf hinzuweisen, dass eine entsprechende Verwendung von gewünschten Vornamen und Pronomen keine Festlegung im Hinblick auf zukünftige soziale, rechtliche oder medizinische Schritte einer Transition impliziert.

Kapitel X

Hinweise zu den rechtlichen Grundlagen und ethischen Maßgaben für die Behandlung Minderjähriger mit Geschlechtsinkongruenz

1. **Einleitung**
2. **Schutzfunktion der Rechtsordnung**
3. **Recht auf Selbstbestimmung und höchstpersönlicher Kernbereich**

   3.1. Selbstbestimmung bei Einwilligungsfähigkeit Minderjähriger

   3.2. Selbstbestimmung bei nicht einwilligungsfähigen Minderjährigen

1. Einleitung

Die in der medizinischen Fachwelt geführten Kontroversen um körpermodifizierende Interventionen bei Jugendlichen mit diagnostizierter Geschlechtsinkongruenz (GI) bzw. Geschlechtsdysphorie (GD) werden häufig vordergründig über Argumente zur unsicheren Evidenz für diese Altersgruppe ausgetragen, berühren dabei aber im Kern die folgenden ethischen und rechtlichen Fragen:

- Wie kann dem für Behandlungsentscheidungen im Jugendalter besonderen ethischen Dilemma begegnet werden, welches darin besteht, dass sowohl eine Behandlung als auch deren Aufschieben oder Unterlassen irreversible Folgen für die spätere psychische Langzeitgesundheit haben kann (Deutscher Ethikrat, 2020)?
- Wie ist das Recht auf Selbstbestimmung und das dahinterstehende ethische Prinzip der Förderung von Autonomie gegenüber dem Schutz Minderjähriger vor weit in ihre Zukunft reichenden Behandlungsentscheidungen mit potenziell fatalen Folgen zu gewichten (Hädicke et al., 2023)?
- Unter welchen Voraussetzungen können Minderjährige eine informierte Zustimmung zu einer pubertätsunterdrückenden oder geschlechtsangleichenden medizinischen Behandlung geben (Giordano et al., 2021)?
- Wie ist ggf. bei Minderjährigen die notwendige Einwilligungsfähigkeit (Deutschland) bzw. Entscheidungsfähigkeit (Österreich) bzw. Urteilsfähigkeit (Schweiz) zu prüfen und festzustellen[1]?
- Welche Bedeutung hat die Einbeziehung und Zustimmung Sorgeberechtigter bei Behandlungsentscheidungen?

In diesem Kapitel werden die hierzu relevanten rechtlichen Grundlagen mit vorrangigem Bezug auf die deutsche Gesetzeslage dargestellt und wichtige ethische Maßgaben aus dem internationalen medizinethischen Diskurs diskutiert. Dies soll Behandelnden bei der Anwendung der Leitlinie zur Information und Orientierung dienen. Da der rechtliche Rahmen ohnehin bindend ist und ethische

[1] Aus Gründen der Lesbarkeit, wird im folgenden Fließtext des Kapitels der für die deutsche Rechtslage relevante Begriff der Einwilligungsfähigkeit verwendet, die analogen Begriffe aus den österreichischen und schweizerischen Rechtssystemen (Österreich: Entscheidungsfähigkeit bzw. Schweiz: Urteilsfähigkeit) werden nicht wiederholt.

Prinzipien bei verantwortlichen Behandlungsentscheidungen zueinander reflektiert abzuwägen sind, enthält dieses Kapitel keine Empfehlungen.

Den Autor*innen der Leitlinie ist dabei bewusst, dass juristische Erörterungen in einer medizinischen Leitlinie nicht selbstverständlich sind. Die Rechtslage ist zudem als dynamisch anzusehen. Dennoch bedarf es u.a. gerade angesichts medizinischer und gesellschaftlicher Kontroversen in diesem Anwendungsfeld einer Orientierung zu den basalen rechtlichen Grundlagen für im Gesundheitswesen tätige Professionelle, die die Leitlinie anwenden. Zum einen sind die wichtigen medizinethischen Prinzipien, die der Leitlinie maßgeblich zugrunde liegen, nicht von den dahinterstehenden Rechtsnormen zu trennen. Zum anderen sind allgemeingültige gesetzliche Bestimmungen z.B. zur Einwilligungsfähigkeit Minderjähriger, die für diese Leitlinie besonders bedeutsam sind, wenngleich in allen Bereichen der Medizin bindend, im Versorgungsalltag für Behandelnde nicht immer vollumfänglich bekannt und verfügbar. Die Autor*innen der Leitlinie weisen ausdrücklich darauf hin, dass die Hinweise und Ausführungen dieses Kapitels der Orientierung bei zu treffenden ethischen Abwägungen dienen. Die jeweils verbindliche Rechtslage findet sich in Gesetzen sowie in der aktuellen Rechtsprechung.

2. Schutzfunktion der Rechtsordnung

„Die deutsche Rechtsordnung errichtet für die somatomedizinische Behandlung von Minderjährigen mit Geschlechtsdysphorie einen doppelten Schutzraum – zunächst und in erster Linie für das grundgesetzlich garantierte Recht jedes Menschen, seine geschlechtliche Identität zu finden und zu entfalten [s.u.], und sodann für den Entscheidungsfindungsprozess im Dreieck der transidenten Person, ihrer Sorgeberechtigten und der Behandelnden. Dieser Schutzraum, zu dem auch hohe Anforderungen hinsichtlich der Einhaltung evidenzbasierter medizinischer Standards, der Prozessqualität der Behandlung, der Feststellung der Einwilligungsfähigkeit sowie hinsichtlich der Aufklärung und Information der Beteiligten gehören, dient dazu, diese je individuellen Entscheidungsfindungs- und Behandlungsprozesse gegen Dritte und Instrumentalisierungen aller Art abzusichern.“ (Gutmann, 2023, S. 4). Das Recht setzt dabei die zentrale ethische Herausforderung um, die darin besteht, „Minderjährige auf dem Weg zu einer eigenen geschlechtlichen Identität zu unterstützen und zugleich vor – teils irreversiblen – Schäden zu bewahren“ (Deutscher Ethikrat, 2020, S. 2).

Die von internationalen auf Expertenkonsens beruhenden medizinischen Leitlinien (Coleman et al., 2022; Hembree et al., 2017) sowie von dieser Leitlinie empfohlene umfassende diagnostische biopsychosoziale Beurteilung der Lebenssituation einer minderjährigen trans Person (u.a. ihrer

Entwicklungsvorgeschichte, ihres sozialen und familiären Umfelds, der ggf. diagnostischen Bewertung anderweitiger assoziierter psychischer Gesundheitsprobleme etc.) durch die Behandelnden als unverzichtbare Voraussetzung einer Indikationsstellung für körpermodifizierende Maßnahmen wird im deutschen Recht von § 630a Abs. 2 BGB (Einhaltung des geforderten fachlichen Diagnose- und Behandlungsstandards), von § 630c BGB (Informationspflichten) und von § 630e BGB (individualisierte Aufklärungspflichten) gefordert (Gutmann, 2023).

Im Kontext der Behandlung von Minderjährigen wird gelegentlich das *Recht des Kindes auf eine offene Zukunft* diskutiert (Cutas & Hens, 2015; Garrett, 2022; Jorgensen et al., 2024). Es geht auf einen Aufsatz des Philosophen Joel Feinberg aus dem Jahr 1980 zurück und besagt, dass Eltern die Autonomierechte von Kindern nur stellvertretend ausüben dürfen und das auch nur insoweit, als die zukünftigen Optionen des Kindes möglichst offengehalten werden (Feinberg, 1980). Feinberg (1980) bezog sich dabei auf eine zeitgenössische amerikanische Debatte über das Recht von Eltern, ihre Kinder nicht zur Schule zu schicken, sondern selbst zu beschulen. Sowohl genauer Gehalt als auch Reichweite des Rechts auf eine offene Zukunft bleiben in der Originalpublikation undefiniert und sind bis heute umstritten; in seiner praktischen Anwendung muss es stets durch weitere Erwägungen ergänzt werden (Garrett, 2022; Mills, 2003; Millum, 2014). Feinberg (1980) berücksichtigt z. B. nicht jene Rechte, die Kindern *als Kinder* zugesprochen werden und die in der UN-Kinderrechtskonvention (1990) kodifiziert wurden. Das Recht auf eine offene Zukunft kann ggf. als Maxime berücksichtigt werden, wenn es gilt, die Reichweite des Rechts elterlich stellvertretender Entscheidungen mit Blick auf die zukünftigen Optionen des Kindes zu bewerten.

3. Recht auf Selbstbestimmung und höchstpersönlicher Kernbereich

Das Recht auf Selbstbestimmung über den eigenen Körper zählt zu den grundlegenden Persönlichkeitsrechten. Es gilt für alle medizinischen und psychologisch-psychotherapeutischen Eingriffe, seien sie diagnostischer, therapeutischer oder präventiver Art. Diese unterliegen der Einwilligungserfordernis. In der Kinderheilkunde und Jugendmedizin erfolgt die Einwilligung entweder durch die einwilligungsfähige minderjährige Person selbst oder – im Falle der Einwilligungsunfähigkeit – durch die rechtlichen Stellvertretenden, in der Regel die Eltern (Rixen, 2020; Rothärmel, 2004; Wapler, 2015).

Einige Bereiche sind höchstpersönlicher Natur, über sie kann nicht stellvertretend durch Dritte entschieden werden. Dazu zählt die Geschlechtsidentität. Die geschlechtliche Identität gehört zum unantastbaren Kernbereich privater Lebensgestaltung. Darüber ist grundsätzlich allein die betroffene Person entscheidungsbefugt (Deutscher Ethikrat, 2020; Siedenbiedel, 2016). Medizinisch-

psychotherapeutische Maßnahmen müssen demzufolge darauf abzielen, die Selbstbestimmung der betroffenen Person über ihre geschlechtliche Identität so weit wie möglich zu gewährleisten. Die Beschränkung der Entscheidungsbefugnis bei Minderjährigen ist lediglich mit dem Ziel zulässig, eine vollumfänglich selbstbestimmte Entscheidung zu ermöglichen, d.h. bis höchstens zur erlangten Einwilligungsfähigkeit der betroffenen Person (Siedenbiedel, 2016). Die Erlangung der Einwilligungsfähigkeit stellt bei minderjährigen Patient*innen daher eine wichtige Schwelle für Eingriffe zur Behandlung bei Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie dar.

3.1. Selbstbestimmung bei Einwilligungsfähigkeit Minderjähriger

„Bei Minderjährigen wird die Einwilligungsfähigkeit […] nicht wie bei Erwachsenen generalisierend vermutet, sondern bedarf einer positiven Feststellung. Einwilligungsfähigkeit ist nicht an ein bestimmtes Alter gebunden und kann dies aus verfassungsrechtlichen Gründen auch nicht sein.“ (Gutmann, 2023, S. 4). Ist die minderjährige Person einwilligungsfähig, ist sie allein berechtigt, über medizinisch-psychotherapeutische Maßnahmen zu entscheiden (Rixen, 2020). Eine selbstbestimmte Entscheidung setzt eine umfassende, verständliche Information über alle Aspekte der Entscheidung oder Nicht-Entscheidung voraus. Sie ist nur möglich, wenn die Person in der Situation der Entscheidung frei ist von äußerem Zwang (durch Drohungen Dritter o.Ä.) oder innerem Zwang (durch Intoxikation, Halluzinationen o.Ä.).

Definition der Einwilligungsfähigkeit

Einwilligungsfähigkeit ist eine komplexe Eigenschaft, die kognitive und emotionale Aspekte der Persönlichkeit gleichermaßen umfasst. Sie bildet sich erst allmählich im Verlauf der Persönlichkeitsentwicklung heraus. Sie ist nicht gleichzusetzen mit Intelligenz.

Unter Einwilligungsfähigkeit versteht man die Fähigkeit einer Person, Wesen, Bedeutung und Tragweite einer Handlung zu verstehen und ihren Willen danach zu bestimmen. Sie umfasst Einsichts-, Urteils- und Steuerungsfähigkeit (Laufs et al., 2015). Einwilligungsfähig ist eine Person also im Einzelnen, wenn sie in der Lage ist,

> „a) den Zweck, die Notwendigkeit und die Dringlichkeit, den voraussichtlichen Verlauf, die möglichen Folgen, die potenziellen Risiken und den potenziellen Nutzen des Eingriffs und seiner Nichtvornahme zu verstehen,
>
> b) zu erfassen, welchen Wert die betroffenen Rechtsgüter für [sie] haben und unter welchen Alternativen [sie] wählen kann,
>
> c) das Für und Wider abzuwägen und eine Entscheidung zu treffen,

d) diese Entscheidung zu äußern und

e) der Entscheidung gemäß zu handeln.“ (Genske, 2020, S. 347)

Dabei stellt bei Entscheidungen im Kindes- und Jugendalter insbesondere die Beurteilung der zukünftigen Risiken und Chancen eines Eingriffs bzw. seiner Unterlassung eine besondere Herausforderung dar. Denn um den Wert der jeweils betroffenen Rechtsgüter zu beurteilen, bedarf es zumindest einer gewissen Lebenserfahrung, die Kinder und Jugendliche erst allmählich im Verlauf ihrer Persönlichkeitsentwicklung erwerben. Eine weitere spezifische Schwierigkeit ergibt sich daraus, dass bei jugendlichen Patient*innen Entscheidungen für eine Behandlung oder für deren Nicht-Beginn – mit jeweils zu berücksichtigen irreversiblen Konsequenzen – zu einem Zeitpunkt getroffen werden müssen, zu dem die Identitäts- und Persönlichkeitsentwicklung in vielen Aspekten noch jugendtypischen psychosozialen Entwicklungsprozessen unterliegt (Deutscher Ethikrat, 2020; Seiffge-Krenke, 2021).

Dennoch sind nach einem rechtswissenschaftlichen Gutachten von Gutmann (2023) generalisierende Einwände gegen die Einwilligungsfähigkeit Minderjähriger bei komplexen medizinischen Eingriffen nicht mit der Gesetzeslage begründbar. „Wenn es um somatomedizinische Maßnahmen zur Behandlung einer Geschlechtsdysphorie geht, muss die Einschätzung der Einwilligungsfähigkeit einer minderjährigen Person insbesondere auch unter Berücksichtigung ihres Entwicklungsstandes bezüglich der Wahrnehmung und Reflektion ihrer eigenen geschlechtlichen Identität (ihrer „Geschlechtsidentitätsreife“) erfolgen. Kognitiv reife Minderjährige mit persistierender Geschlechtsinkongruenz oder -dysphorie können regelmäßig auch die nötige Urteilskraft haben, um hinsichtlich somatomedizinischer Behandlungsmaßnahmen als einwilligungsfähig zu gelten.“ (Gutmann, 2023, S. 5).

Gleichwohl sind die Anforderungen an die *Gründlichkeit der Feststellung* der Einwilligungsfähigkeit (sowie an die Qualität der Aufklärung und den Prozess der gemeinsamen Entscheidungsfindung) erhöht, wenn es sich um partiell oder gar vollständig irreversible somatomedizinische Maßnahmen handelt (Gutmann, 2023). Für das geforderte Vorgehen gelten im deutschen Recht demnach anspruchsvolle Standards. Zwingende Voraussetzung für die Erfüllung der ärztlich-psychotherapeutischen Sorgfaltspflicht bei der Durchführung somatomedizinischer Maßnahmen zur Behandlung einer diagnostizierten Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie sind u.a. „präzise und umfassende Gespräche, Nachfragen, Einschätzungen, diagnostische Schritte und Begutachtungen, um über das Vorliegen der Indikationsvoraussetzungen, über das richtige und professionelle Vorgehen bei der Behandlung sowie über die Einwilligungsfähigkeit des Patienten bzw. der Patientin entscheiden und ihn bzw. sie adäquat informieren und aufklären zu können. Diese Anamnese-, Diagnose- und Beurteilungsverfahren dienen

der Integrität des Entscheidungsprozesses und damit primär der Wahrung der Interessen und Rechte der Patientinnen und Patienten selbst“ (Gutmann, 2023, S. 5).

Schwelle der Einwilligungsfähigkeit

Einwilligungsfähigkeit ist ein Schwellenbegriff, sie liegt entweder vor oder nicht vor. Sie wird erst im Lauf der individuellen Persönlichkeitsentwicklung erworben und ist jeweils abhängig von der Komplexität der anstehenden Entscheidung (Lippert, 2016). Altersgrenzen werden zwar in der Literatur gelegentlich als Schwellenwerte genannt. So heißt es etwa, dass Einwilligungsfähigkeit ab dem vollendeten 13. Lebensjahr in Einzelfällen, ab dem vollendeten 15. Lebensjahr in der Regel gegeben sein kann. Doch sind diese Altersangaben nur als Orientierungswerte zu verstehen (Alderson, 2007, 2008; Duttge, 2013; Rixen, 2020). Einwilligungsfähigkeit ist auch nicht gleichzusetzen mit Geschäftsfähigkeit, für die starre Altersgrenzen gelten (Genske, 2020). Zudem ist die Schwelle nach herrschender Meinung nicht allein anhand objektiver, den Eingriff charakterisierender Faktoren zu bestimmen. Das heißt: Für schwere, dringliche oder komplikationsbehaftete Eingriffe gelten nicht zwangsläufig eigene Altersgrenzen, aber sie können die Anforderungen an die Einwilligungsfähigkeit erhöhen (Lippert, 2016).

Die Einwilligungsfähigkeit muss in jedem Fall individuell sowie situations-, fall- und eingriffsbezogen geprüft werden (Laufs et al., 2015). Maßgeblich sind die individuelle Reife der Person, bei Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie insbesondere die nach diagnostischer Einschätzung anzunehmende Stabilität/Persistenz der Geschlechtsidentität, und das individuelle, fall- und eingriffsbezogene, konkrete Einsichts-, Urteils- und Steuerungsvermögen.

Prüfung der Einwilligungsfähigkeit

Die rechtliche Pflicht, das Vorliegen der Einwilligungsfähigkeit zu prüfen, liegt bei den Behandelnden und ist damit eine ärztlich-psychotherapeutische Aufgabe (Gutmann, 2023). Die Voraussetzungen dafür, dass die Einwilligungsfähigkeit Minderjähriger rechtssicher festgestellt werden kann, gelten u.a. insbesondere in Behandlungssettings, in denen eine länger andauernde, kontinuierlich begleitende Ärzt*in-Patient*in-Beziehung ent- und besteht (wie in internationalen Leitlinien empfohlen, (Coleman et al., 2022)) und die auf eine zeitlich entzerrte und schrittweise Entscheidungsfindung hin angelegt sind (Siedenbiedel, 2016). Die Prüfung der Einwilligungsfähigkeit Minderjähriger bei komplexen medizinischen Interventionen hat durch die behandelnde Person zu erfolgen, ggf. unterstützt durch Fachpersonen mit spezifischen Kenntnissen der Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters. Dies ist für den Anwendungsbereich dieser Leitlinie in den Empfehlungen des Kapitels VII → *„Indikationsstellung für körpermodifizierende medizinische Interventionen“* durch das dort beschriebene zweigleisige Vorgehen gesichert, wonach

eine solche Indikationsstellung interdisziplinär unter Beteiligung einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachperson und einer Fachperson aus der somatischen Medizin zu erfolgen hat. Die Prüfung der Einwilligungsfähigkeit hat zudem in persönlichen, bei komplexen bzw. folgenreichen Eingriffen in wiederholten Gesprächen zu erfolgen, unterstützt durch schriftliches Informations- und Aufklärungsmaterial. Die aufklärende Person hat sich dabei davon zu überzeugen, dass die Informationen verstanden wurden (Laufs et al., 2015). Die Prüfung der Einwilligungsfähigkeit muss schriftlich dokumentiert werden.

Zu prüfende Aspekte bei der Feststellung von Einwilligungsfähigkeit:

Neben einer Beurteilung des geistig-kognitiven Entwicklungsstandes sowie der anzunehmenden Stabilität/Persistenz einer diagnostizierten Geschlechtsinkongruenz ist nach Gutmann (2023) nach einer erfolgten Aufklärung in gesonderten Gesprächen zu prüfen, ob der/die junge Patient/in die erhaltenen Informationen über die medizinischen Optionen auf die eigene Lebensperspektive übertragen kann, also hinreichend plausibel erläutern kann,

- „welche (positiven und negativen) Aspekte seiner/ihrer a) gegenwärtigen und b) künftigen Situation und c) der im Aufklärungsgespräch besprochenen Handlungsmöglichkeiten für ihn/sie (im Licht der eigenen Lebensperspektive) besonders bedeutsam sind;
- was die besprochene Behandlungsmaßnahme für ihn/sie bedeutet und wie sie sein/ihr Leben, seinen/ihren Alltag und sein/ihr Verhältnis zu Familie, Freunden und anderen Menschen beeinflussen wird;
- was seine/ihre Ziele sind und was ihm/ihr am wichtigsten ist;
- was er/sie hierfür bereit ist aufzugeben;
- was seine/ihre größten Befürchtungen für die persönliche Zukunft sind;
- was als die größte Gefahr verstanden wird, wenn die Maßnahme durchgeführt oder nicht durchgeführt wird;
- warum er/sie deshalb das „Für und Wider“ der Maßnahme so und nicht anders abwägt und seine/ihre Entscheidung so getroffen hat;
- wie er/sie insbesondere die langfristige Bedeutung irreversibler geschlechtsangleichender Maßnahmen für das eigene Leben bewertet, gerade im Hinblick darauf, welche Auswirkungen eine Geschlechtsangleichung auf das künftige Sexualleben hat sowie darauf, dass ggf. ein infertilitätsbedingter Verzicht auf spätere biologische Elternschaft in der Zukunft möglicherweise als Verlust wahrgenommen wird;

- sowie wie er/sie die Möglichkeit einschätzt, dass sich das Erleben seiner/ihrer geschlechtlichen Identität, seine/ihre Einstellungen zu ihre bzw. seine genderbezogenen Bedürfnisse in Zukunft verändern könnten.“ (Gutmann, 2023, S. 43)

Zur Feststellung der Stabilität der genannten Reflexionen sollten diese zeitlich entzerrt und im Rahmen von mindestens zwei Gesprächen vertieft werden (Gutmann, 2023.). Zudem sollte im Hinblick auf Stabilität der Behandlungsentscheidung geprüft werden, ob die junge Person in der Lage ist, „sich

- zu einer klaren Entscheidung durchzuringen, diese
- als ihre eigene, d.h. auch selbst zu verantwortende Entscheidung zu begreifen,
- sie klar zu kommunizieren und sie
- auch im Licht kritischer Rückfragen von Seiten der Behandelnden oder der Sorgeberechtigten durchzuhalten“ (Gutmann, 2023, S. 44).

In der internationalen Leitlinie *Standards of Care (Version 8)* der WPATH[2] wird betont, wie wichtig es für die Feststellung der Fähigkeit zur informierten Zustimmung Jugendlicher ist, dass ich junge Patient*innen über den Umgang mit irreversiblen Folgeerscheinungen einer Behandlung im Falle einer späteren Detransition eigene Gedanken machen. Zur Orientierung für Behandelnde werden folgende Fragen empfohlen:

- „Kann der junge Mensch vorausschauend in die Zukunft denken und die Auswirkungen einer teilweise oder vollständig irreversiblen Maßnahme bedenken?
- Verfügt der junge Mensch über eine ausreichende Fähigkeit zur Selbstreflexion, um die Möglichkeit in Betracht zu ziehen, dass sich geschlechtsspezifische Bedürfnisse und Prioritäten im Laufe der Zeit entwickeln können und dass sich geschlechtsspezifische Prioritäten zu einem bestimmten Zeitpunkt auch ändern könnten?
- Hat die jugendliche Person darüber nachgedacht, was sie ggf. tun könnte, wenn sich ihre Prioritäten in Bezug auf das Geschlecht in der Zukunft ändern würden?“ (Coleman et al., 2022, S. 66) [3]

[2] WPATH – World Professional Association for Transgender Health

[3] eigene Fachübersetzung für dieses Kapitel

3.2. Selbstbestimmung bei nicht einwilligungsfähigen Minderjährigen

3.2.1. Partizipation

Minderjährige, die nicht einwilligungsfähig sind, haben ein Recht auf Partizipation. Das heißt: Ihre Meinung muss in allen sie betreffenden Angelegenheiten gehört und entsprechend ihrem Alter und ihrer Reife berücksichtigt werden. Das Recht auf Partizipation setzt angemessene, altersgemäß verständliche Information voraus (Mengel et al., 2019; Vereinte Nationen, 1989). Demnach sind einem noch nicht einwilligungsfähigen Kind (entspr. § 630e Abs. 5 Satz 1 BGB) sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände entsprechend seines Verständnisses zu erläutern, insoweit es aufgrund seines Entwicklungsstandes und seiner kognitiven Verständnismöglichkeiten in der Lage ist, die Erläuterungen zu verstehen (Gutmann, 2023).

Partizipation ist auch geboten, weil sie zum einen der minderjährigen Person hilft, ihr Einsichts-, Urteils- und Steuerungsvermögen schrittweise auszubilden (Wapler, 2015). Zum anderen ermöglicht sie es dem medizinisch-psychotherapeutischen Personal, sich über die Zeit der Behandlung hinweg von den Fähigkeiten und der Persönlichkeitsentwicklung der zu behandelnden Person zu überzeugen und damit die sich entwickelnde Einwilligungsfähigkeit mit größerer Sicherheit zu erfassen (Wiesemann, 2020b). Hieraus leitet sich ein wichtiger ethischer Grundsatz für Behandelnde ab: In Fällen, in denen bei einer minderjährigen Patient*in mit Behandlungswunsch (noch) keine Einwilligungsfähigkeit gegeben ist, ist die junge Person im Prozess der weiteren professionellen Begleitung darin zu unterstützen, diese Einwilligungsfähigkeit zu erlangen (Deutscher Ethikrat, 2020).

Diese Partizipation ist somit auch im Hinblick auf das Persönlichkeitsrecht der minderjährigen Person geboten, weil sie ihr hilft, ihr Einsichts-, Urteils- und Steuerungsvermögen auszubilden und damit ihre eigene Einwilligungsfähigkeit allmählich herzustellen.

3.2.2. Stellvertretende Einwilligung und Kindeswohl

Die Einwilligung in medizinisch-psychotherapeutische Maßnahmen bei nicht einwilligungsfähigen Minderjährigen erfolgt stellvertretend durch die umfassend aufgeklärten sorgeberechtigten Personen, in der Regel die Eltern. Ihre Entscheidung hat sich am Wohl des Kindes zu orientieren (Dettenborn, 2017; Dörries, 2003) und – soweit möglich – an seinem Recht auf eine offene Zukunft (Feinberg, 1980; Millum, 2014). Maßgeblich für das Kindeswohl ist sowohl das aktuelle wie auch das zukünftige Wohlergehen. Objektive Werte wie Gesundheit oder körperliche Integrität sowie subjektive Werte wie Lebensqualität oder Leid müssen gleichermaßen beachtet und ggf. gegeneinander abgewogen werden (Oommen-Halbach & Fangerau, 2019).

Dabei müssen stets auch der Wille und die subjektive Einschätzung des Kindes berücksichtigt werden (Wiesemann, 2020a). Entscheidungen über elektive Maßnahmen mit irreversiblen Folgen für eine spätere selbstbestimmte Lebensgestaltung in der eigenen Geschlechtsidentität sind auf ein späteres Alter des Kindes zu verschieben, in dem dieses eine eigene Einwilligungsfähigkeit erlangt hat. Dies betrifft in der Regel die Entscheidung für eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung aufgrund der hiermit beabsichtigten irreversiblen Umlenkung der Ausbildung sekundärer körperlicher Geschlechtsmerkmale. Hingegen kann bei einer vorübergehenden Pubertätsblockade aufgrund deren Reversibilität im Falle ihres Absetzens, wenn im Anschluss keine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung folgen würde, die stellvertretende Einwilligung durch Sorgeberechtigte erfolgen, wenn begründet werden kann, dass dies dem Wohl und Willen des Kindes nach allen zu treffenden Abwägungen am ehesten entspricht.

3.2.3. Co-Konsens von minderjährigem/r Patient*in und Sorgeberechtigten

Je gravierender die anstehende Entscheidung ist und je schwerer die Bestimmung der Einwilligungsfähigkeit der minderjährigen Person fällt, desto bedeutsamer ist ein Co-Konsens der minderjährigen Person und der Sorgeberechtigten. Ein Co-Konsens ist in der Regel auch deshalb grundsätzlich anzustreben, weil die fürsorgliche Unterstützung der Bezugspersonen für die betroffene minderjährige Person eine wesentliche Hilfe bei der Bewältigung der anstehenden Lebensfragen darstellt (Schickhardt, 2016).

Im Konfliktfall sollten zunächst die Möglichkeiten einer einvernehmlichen gemeinsamen Entscheidung ausgelotet werden, da die psychosozialen Langzeit-Implikationen eines anhaltenden Konflikts zwischen Eltern und Kind über die Frage der Unterstützung eines selbstbestimmten Lebensweges des Kindes als trans Person für beide Seiten erheblich sind und deshalb nicht allein auf sorgerechtlichem Weg lösbar erscheinen (siehe hierzu Ausführungen und Empfehlungen in Kapitel VI → *„Einbeziehung des familiären Beziehungsumfelds und Familiendynamik“* und Kapitel VII → *„Indikationsstellung für körpermodifizierende medizinische Interventionen“*). Stellt sich jedoch ein Konflikt trotz aller professioneller Bemühungen anhaltend als unauflösbar heraus, ist das Kindeswohl als vorrangiges Rechtsgut anzusehen (Siedenbiedel, 2016). Es obliegt dem Jugendamt, dies bei Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung zu prüfen und ggf. geeignete Schritte der Klärung im Interesse des Kindeswohls einzuleiten.

Literaturverzeichnis

Abbruzzese, E., Levine, S. B., & Mason, J. W. (2023). The myth of “reliable research” in pediatric gender medicine: A critical evaluation of the Dutch studies—and research that has followed. *Journal of Sex & Marital Therapy, 49*(6), 673–699. https://doi.org/10.1080/0092623X.2022.2150346

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles: An integrated system of multi-informant assessment.* ASEBA.

Achenbach, T. M., & Ruffle, T. M. (2000). The Child Behavior Checklist and related forms for assessing behavioral/emotional problems and competencies. *Pediatrics in Review, 21*(8), 265–271. https://doi.org/10.1542/pir.21.8.265

Achille, C., Taggart, T., Eaton, N. R., Osipoff, J., Tafuri, K., Lane, A., & Wilson, T. A. (2020). Longitudinal impact of gender-affirming endocrine intervention on the mental health and well-being of transgender youths: Preliminary results. *International Journal of Pediatric Endocrinology, 2020*(1), 8. https://doi.org/10.1186/s13633-020-00078-2

Adelson, S. L. (2012). Practice parameter on gay, lesbian, or bisexual sexual orientation, gender nonconformity, and gender discordance in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 51*(9), 957–974. https://doi.org/10/ggjk78

Agana, M. G., Greydanus, D. E., Indyk, J. A., Calles, J. L., Jr, Kushner, J., Leibowitz, S., Chelvakumar, G., & Cabral, M. D. (2019). Caring for the transgender adolescent and young adult: Current concepts of an evolving process in the 21st century. *Disease-a-Month: DM, 65*(9), 303–356. https://doi.org/10/ggsjw2

Åhs, J. W., Dhejne, C., Magnusson, C., Dal, H., Lundin, A., Arver, S., Dalman, C., & Kosidou, K. (2018). Proportion of adults in the general population of Stockholm County who want gender-affirming medical treatment. *PLOS ONE, 13*(10), e0204606. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204606

Aitken, M., Steensma, T. D., Blanchard, R., VanderLaan, D. P., Wood, H., Fuentes, A., Spegg, C., Wasserman, L., Ames, M., Fitzsimmons, C. L., Leef, J. H., Lishak, V., Reim, E., Takagi, A., Vinik, J., Wreford, J., Cohen-Kettenis, P. T., De Vries, A. L. C., Kreukels, B. P. C., & Zucker, K. J. (2015). Evidence for an altered sex ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria. *The Journal of Sexual Medicine, 12*(3), 756–763. https://doi.org/10.1111/jsm.12817

Aitken, M., VanderLaan, D. P., Wasserman, L., Stojanovski, S., & Zucker, K. J. (2016). Self-harm and suicidality in children referred for gender dysphoria. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 55*(6), 513–520. https://doi.org/10/f8qvd9

Alderson, P. (2007). Competent children? Minors’ consent to health care treatment and research. *Social Science & Medicine, 65*(11), 2272–2283. https://doi.org/10/dknqxw

Alderson, P. (2008). *Young children's rights: Exploring beliefs, principles and practice* (2nd ed.). Jessica Kingsley Publishers.

Allen, L. R., Watson, L. B., Egan, A. M., & Moser, C. N. (2019). Well-being and suicidality among transgender youth after gender-affirming hormones. *Clinical Practice in Pediatric Psychology, 7*(3), 302–311. https://doi.org/10.1037/cpp0000288

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth edition, Text revision (DSM-IV-TR)* (4. Aufl., Bd. 1). American Psychiatric Association. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890423349

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.) (S. xliv, 947). American Psychiatric Publishing, Inc. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

American Psychological Association. (2015). Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *American Psychologist, 70*(9), 832–864. https://doi.org/10.1037/a0039906

Amnesty International. (2022, November 1). Definition Was ist Diskriminierung? Amnesty International. https://www.amnesty.ch/de/themen/diskriminierung/zahlen-fakten-und-hintergruende/was-ist-diskriminierung

APA Council of Representatives, Clauss-Ehlers, C. S., Chririboga, D. A., Hunter, S. J., Roysicar-Sodowsky, G., & Tummala-Narra, P. (2017). Task force on re-envisioning the multicultural guidelines for the 21st century. http://www.apa.org/about/policy/multicultural-guidelines.pdf

Aramburu Alegría, C. (2018). Supporting families of transgender children/youth: Parents speak on their experiences, identity, and views. *International Journal of Transgenderism, 19*(2), 132–143. https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1450798

Arcelus, J., Bouman, W. P., Van Den Noortgate, W., Claes, L., Witcomb, G., & Fernandez-Aranda, F. (2015). Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *European Psychiatry, 30*(6), 807–815. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.04.005

Arcelus, J., Claes, L., Witcomb, G. L., Marshall, E., & Bouman, W. P. (2016). Risk factors for non-suicidal self-injury among trans youth. *The Journal of Sexual Medicine, 13*(3), 402–412. https://doi.org/10/f854th

Arnoldussen, M., Hooijman, E. C., Kreukels, B. P., & De Vries, A. L. (2022). Association between pre-treatment IQ and educational achievement after gender-affirming treatment including puberty suppression in transgender adolescents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 27*(4), 1069–1076. https://doi.org/10.1177/13591045221091652

Aronson, J. K. (2020). Defining aspects of mechanisms: Evidence-based mechanism (evidence for a mechanism), mechanism-based evidence (evidence from a mechanism), and mechanistic

reasoning. In A. LaCaze & B. Osimani (Hrsg.), *Uncertainty in pharmacology* (Bd. 338, S. 3–38). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-29179-2_1

Ashley, F. (2019a). Shifts in assigned sex ratios at gender identity clinics likely reflect changes in referral patterns. *The Journal of Sexual Medicine, 16*(6), 948–949. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.03.407

Ashley, F. (2019b). Thinking an ethics of gender exploration: Against delaying transition for transgender and gender creative youth. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 24*(2), 223–236. https://doi.org/10/ggpcjs

Auer, M. K., Fuss, J., Nieder, T. O., Briken, P., Biedermann, S. V., Stalla, G. K., Beckmann, M. W., & Hildebrandt, T. (2018). Desire to have children among transgender people in Germany: A cross-sectional multi-center study. *The Journal of Sexual Medicine, 15*(5), 757–767. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.03.083

Austin, A., Craig, S. L., & D'Souza, S. A. (2018). An AFFIRMative cognitive behavioral intervention for transgender youth: Preliminary effectiveness. *Professional Psychology: Research and Practice, 49*(1), 1–8. https://doi.org/10/gcz5mr

Bakwin, H. (1968). Deviant gender-role behavior in children: Relation to homosexuality. *Pediatrics, 41*(3), 620–629. https://doi.org/10.1542/peds.41.3.620

Barbir, L. A., Vandevender, A. W., & Cohn, T. J. (2017). Friendship, attitudes, and behavioral intentions of cisgender heterosexuals toward transgender individuals. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health, 21*(2), 154–170. https://doi.org/10/ggjmpv

Bauer, G. R., Scheim, A. I., Deutsch, M. B., & Massarella, C. (2014). Reported emergency department avoidance, use, and experiences of transgender persons in Ontario, Canada: Results from a respondent-driven sampling survey. *Annals of Emergency Medicine, 63*(6), 713–720.e1. https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2013.09.027

Beagan, B. L., Fredericks, E., & Goldberg, L. (2012). Nurses' work with LGBTQ patients: "They're just like everybody else, so what's the difference?" *Journal of Nursing Research, 44*(3), 44–63.

Becerra-Culqui, T. A., Liu, Y., Nash, R., Cromwell, L., Flanders, W. D., Getahun, D., Giammattei, S. V., Hunkeler, E. M., Lash, T. L., Millman, A., Quinn, V. P., Robinson, B., Roblin, D., Sandberg, D. E., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2018). Mental health of transgender and gender nonconforming youth compared with their peers. *Pediatrics, 141*(5). https://doi.org/10/gdjg97

Bechard, M., VanderLaan, D. P., Wood, H., Wasserman, L., & Zucker, K. J. (2017). Psychosocial and psychological vulnerability in adolescents with gender dysphoria: A "proof of principle" study. *Journal of Sex & Marital Therapy, 43*(7), 678–688. https://doi.org/10/ggjmxj

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (2011). *Beck Depression Inventory–II* [Dataset]. https://doi.org/10.1037/t00742-000

Becker, I., Auer, M., Barkmann, C., Fuss, J., Möller, B., Nieder, T. O., Fahrenkrug, S., Hildebrandt, T., & Richter-Appelt, H. (2018). A cross-sectional multicenter study of multidimensional body image in adolescents and adults with gender dysphoria before and after transition-related medical interventions. *Archives of Sexual Behavior, 47*(8), 2335–2347. https://doi.org/10/gfprz6

Becker, I., Gjergji-Lama, V., Romer, G., & Möller, B. (2014). Merkmale von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie in der Hamburger Spezialsprechstunde = Characteristics of children and adolescents with gender dysphoria referred to the Hamburg Gender Identity Clinic. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 63*(6), 486–509. https://doi.org/10/ggjmzs

Becker-Hebly, I., Fahrenkrug, S., Campion, F., Richter-Appelt, H., Schulte-Markwort, M., & Barkmann, C. (2021). Psychosocial health in adolescents and young adults with gender dysphoria before and after gender-affirming medical interventions: A descriptive study from the Hamburg Gender Identity Service. *European Child & Adolescent Psychiatry, 30*(11), 1755–1767. https://doi.org/10.1007/s00787-020-01640-2

Beigang, S., Fetz, K., Kalkum, D., & Otto, M. (2017). *Diskriminierungserfahrungen in Deutschland. Ergebnisse einer Repräsentativ- und einer Betroffenenbefragung.* Antidiskriminierungsstelle des Bundes.

Bentz, E.-K., Hefler, L. A., Kaufmann, U., Huber, J. C., Kolbus, A., & Tempfer, C. B. (2008). A polymorphism of the CYP17 gene related to sex steroid metabolism is associated with female-to-male but not male-to-female transsexualism. *Fertility and Sterility, 90*(1), 56–59. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2007.05.056

BGB (2020). *Gesetz zum Schutz vor Konversionsbehandlungen*. https://www.gesetze-im-internet.de/konvbehschg/BJNR128500020.html

Blanchard, R., Zucker, K. J., Bradley, S. J., & Hume, C. S. (1995). Birth order and sibling sex ratio in homosexual male adolescents and probably prehomosexual feminine boys. *Developmental Psychology, 31*(1), 22–30. https://doi.org/10.1037/0012-1649.31.1.22

Bloom, T. M., Nguyen, T. P., Lami, F., Pace, C. C., Poulakis, Z., Telfer, M., Taylor, A., Pang, K. C., & Tollit, M. A. (2021). Measurement tools for gender identity, gender expression, and gender dysphoria in transgender and gender-diverse children and adolescents: A systematic review. *The Lancet Child & Adolescent Health, 5*(8), 582–588. https://doi.org/10.1016/S2352-4642(21)00098-5

Blos, P. (2001). *Adoleszenz: Eine psychoanalytische Interpretation* (G. Kallner, Übers.; 7. Aufl.). Klett-Cotta.

Blosnich, J. R., Brown, G. R., Shipherd, PhD, J. C., Kauth, M., Piegari, R. I., & Bossarte, R. M. (2013). Prevalence of gender identity disorder and suicide risk among transgender veterans utilizing Veterans Health Administration care. *American Journal of Public Health, 103*(10), e27–e32. https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301507

Bockting, W. O. (2016). Vulnerability and resilience among gender-nonconforming children and adolescents: Mental health professionals have a key role to play. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 55*(6), 441–443. https://doi.org/10/ggjmdr

Boguszewski, K. E., Woods, S., Ducar, D. M., & Taylor, J. F. (2022). Transgender and gender diverse fertility choices: Supporting the decision-making process for adolescents and young adults. *The Journal of Pediatrics, 240*, 256-264.e1. https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2021.10.013

Boogers, L. S., Wiepjes, C. M., Klink, D. T., Hellinga, I., van Trotsenburg, A. S. P., den Heijer, M., & Hannema, S. E. (2022). Transgender girls grow tall: Adult height is unaffected by GnRH analogue and estradiol treatment. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 107*(9), e3805–e3815. https://doi.org/10.1210/clinem/dgac349

Bouman, M.-B., Buncamper, M. E., van der Sluis, W. B., & Meijerink, W. J. H. J. (2016). Total laparoscopic sigmoid vaginoplasty. *Fertility and Sterility, 106*(7), 22–23. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.08.049

Bouman, W. P., Claes, L., Brewin, N., Crawford, J. R., Millet, N., Fernandez-Aranda, F., & Arcelus, J. (2017). Transgender and anxiety: A comparative study between transgender people and the general population. *International Journal of Transgenderism, 18*(1), 16–26. https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1258352

Bowman, S. J., Casey, L. J., McAloon, J., & Wootton, B. M. (2022). Assessing gender dysphoria: A systematic review of patient-reported outcome measures. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 9*(4), 398–409. https://doi.org/10.1037/sgd0000486

Boyd, I., Hackett, T., & Bewley, S. (2022). Care of transgender patients: A general practice quality improvement approach. *Healthcare, 10*(1), 121. https://doi.org/10.3390/healthcare10010121

Bradford, J., Reisner, S. L., Honnold, J. A., & Xavier, J. (2013). Experiences of transgender-related discrimination and implications for health: Results from the Virginia Transgender Health Initiative Study. *Journal of Public Health, 103*(10), 1820–1829. https://doi.org/10/f5r68g

Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (1990). Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents. *The Canadian Journal of Psychiatry, 35*(6), 477–486. https://doi.org/10.1177/070674379003500603

Brik, T., Vrouenraets, L. J. J. J., de Vries, M. C., & Hannema, S. E. (2020). Trajectories of adolescents treated with gonadotropin-releasing hormone analogues for gender dysphoria. *Archives of Sexual Behavior, 49*(7), 2611–2618. https://doi.org/10.1007/s10508-020-01660-8

British Medical Association. (2024, July 31). BMA to undertake an evaluation of the Cass Review on gender identity services for children and young people. https://www.bma.org.uk/bma-media-centre/bma-to-undertake-an-evaluation-of-the-cass-review-on-gender-identity-services-for-children-and-young-people

Buncamper, M. E., van der Sluis, W. B., de Vries, M., Witte, B. I., Bouman, M.-B., & Mullender, M. G. (2017). Penile inversion vaginoplasty with or without additional full-thickness skin graft: To graft or not to graft? *Plastic and Reconstructive Surgery, 139*(3), 649e–656e. https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000003108

Bundesärztekammer. (2020). Beschluss der Bundesärztekammer über die Stellungnahme „Wissenschaftlichkeit als konstitutionelles Element des Arztberufes“. *Deutsches Ärzteblatt Online*. https://doi.org/10.3238/baek_wb_sn_wiss2020

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2016). *Situation von trans- und intersexuellen Menschen im Fokus—Sachstandsinformationen des BMFSFJ*. https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/situation-von-trans-und-intersexuellen-menschen-im-fokus-sachstandsinformationen-des-bmfsfj-112094

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK). (2021, April 12). „Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit“: Stellungnahme der die AWMF S3-Leitlinie verantwortenden wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften zur Begutachtungsanleitung (Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 SGB V) Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualismus (ICD-10, F64.0). https://api.bptk.de/uploads/Stellungnahme_Final_944f10c504.pdf

Bustos, V. P., Bustos, S. S., Mascaro, A., Del Corral, G., Forte, A. J., Ciudad, P., Kim, E. A., Langstein, H. N., & Manrique, O. J. (2021). Regret after gender-affirmation surgery: A systematic review and meta-analysis of prevalence. *Plastic and Reconstructive Surgery - Global Open, 9*(3), e3477. https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000003477

Butler, C., & Hutchinson, A. (2020). Debate: The pressing need for research and services for gender desisters/detransitioners. *Child and Adolescent Mental Health, 25*(1), 45–47. https://doi.org/10.1111/camh.12361

Byne, W., Bradley, S. J., Coleman, E., Eyler, A. E., Green, R., Menvielle, E. J., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Pleak, R. R., Tompkins, D. A., & Task Force on Treatment of Gender Identity Disorder. (2012). Report of the American Psychiatric Association Task Force on treatment of gender identity disorder. *Archives of Sexual Behavior, 41*(4), 759–796. https://doi.org/10/f35b42

Cantu, A. L., Moyer, D. N., Connelly, K. J., & Holley, A. L. (2020). Changes in anxiety and depression from intake to first follow-up among transgender youth in a pediatric endocrinology clinic. *Transgender Health, 5*(3), 196–200. https://doi.org/10.1089/trgh.2019.0077

Caprilli, S., Anastasi, F., Grotto, R. P. L., Scollo Abeti, M., Abeti, M. S., & Messeri, A. (2007). Interactive music as a treatment for pain and stress in children during venipuncture: A randomized prospective study. *Journal of Developmental, 28*(5), Article 5.

Carmichael, P., Butler, G., Masic, U., Cole, T. J., De Stavola, B. L., Davidson, S., Skageberg, E. M., Khadr, S., & Viner, R. M. (2021). Short-term outcomes of pubertal suppression in a selected cohort of 12 to 15 year old young people with persistent gender dysphoria in the UK. *PLoS ONE, 16*(2), e0243894. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243894

Cass, H. (2022). *Independent review of gender identity services for children and young people: Interim report*. https://cass.independent-review.uk/publications/interim-report/

Cass, H. (2024). *The Cass review, independent review of gender identity services for children and young people: Final report*. NHS England. https://cass.independent-review.uk/wp-content/uploads/2024/04/CassReview_Final.pdf

Catalpa, J. M., & McGuire, J. K. (2018). Family boundary ambiguity among transgender youth. *Family Relations, 67*(1), 88–103. https://doi.org/10.1111/fare.12304

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2003). Injury mortality among American Indian and Alaska Native children and youth—United States, 1989-1998. *MMWR - Morbidity & Mortality Weekly Report, 52*(30), Article 30.

Chan, K. J., Jolly, D., Liang, J. J., Weinand, J. D., & Safer, J. D. (2018). Estrogen levels do not rise with testosterone treatment for transgender men. *Endocrine Practice, 24*(4), 329–333. https://doi.org/10.4158/EP-2017-0203

Chelliah, P., Lau, M., & Kuper, L. E. (2024). Changes in gender dysphoria, interpersonal minority stress, and mental health among transgender youth after one year of hormone therapy. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine, 74*(6), 1106–1111. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2023.12.024

Chen, D., Berona, J., Chan, Y.-M., Ehrensaft, D., Garofalo, R., Hidalgo, M. A., Rosenthal, S. M., Tishelman, A. C., & Olson-Kennedy, J. (2023). Psychosocial functioning in transgender youth after 2 years of hormones. *New England Journal of Medicine, 388*(3), 240–250. https://doi.org/10.1056/NEJMoa2206297

Chen, D., Hidalgo, M. A., & Garofalo, R. (2017). Parental perceptions of emotional and behavioral difficulties among prepubertal gender-nonconforming children. *Clinical Practice in Pediatric Psychology, 5*(4), 342–352. https://doi.org/10/ggjmx8

Chen, M., Fuqua, J., & Eugster, E. A. (2016). Characteristics of referrals for gender dysphoria over a 13-year period. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine, 58*(3), 369–371. https://doi.org/10/f8bkjn

Chodzen, G., Hidalgo, M. A., Chen, D., & Garofalo, R. (2018). Minority stress factors associated with depression and anxiety among transgender and gender-nonconforming youth. *Journal of Adolescent Health*. https://doi.org/10/ggjm8q

Clark, T. C., Lucassen, M. F. G., Bullen, P., Denny, S. J., Fleming, T. M., Robinson, E. M., & Rossen, F. V. (2014). The health and well-being of transgender high school students: Results from the New Zealand Adolescent Health Survey (Youth'12). *Journal of Adolescent Health, 55*(1), 93–99. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.11.008

Coelho, J. S., Suen, J., Clark, B. A., Marshall, S. K., Geller, J., & Lam, P.-Y. (2019). Eating disorder diagnoses and symptom presentation in transgender youth: A scoping review. *Current Psychiatry Reports, 21*(11), 107. https://doi.org/10.1007/s11920-019-1097-x

Cohen-Kettenis, P. T. (1994). Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsidentitätsstörungen an der Universität Utrecht. *Zeitschrift für Sexualforschung, 7*, 231–239.

Cohen-Kettenis, P. T. (2001). Gender identity disorder in DSM? [Psychological Disorders [3210]]. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.*

Cohen-Kettenis, P. T., Delemarre-van de Waal, H. A., & Gooren, L. J. G. (2008). The treatment of adolescent transsexuals: Changing insights. *Journal of Sexual Medicine, 5*(8), 1892–1897. https://doi.org/10/bctgds

Cohen-Kettenis, P. T., Owen, A., Kaijser, V. G., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2003). Demographic characteristics, social competence, and behavior problems in children with gender identity disorder: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology, 31*(1), 41–53. https://doi.org/10/dj5r8m

Cohen-Kettenis, P. T., & van Goozen, S. H. (1997). Sex reassignment of adolescent transsexuals: A follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*(2), 263–271. https://doi.org/10/dzmdj6

Cohen-Kettenis, P. T., & van Goozen, S. H. M. (1998). Pubertal delay as an aid in diagnosis and treatment of a transsexual adolescent. *European Child & Adolescent Psychiatry, 7*(4), 246–254. https://doi.org/10/fjrw49

Cohn, J. (2023). The detransition rate is unknown. *Archives of Sexual Behavior, 52*(5), 1937–1952. https://doi.org/10.1007/s10508-023-02623-5

Colborn, T., Dumanoski, D., & Meyers, J. P. (1996). *Our stolen future: Are we threatening our fertility, intelligence, and survival?* Penguin Books.

Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., Fraser, L., Green, J., Knudson, G., Meyer, W. J., & others. (2012). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. *International Journal of Transgenderism, 13*(4), 165–232. https://doi.org/10/gc3dw8

Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., de Vries, A. L. C., Deutsch, M. B., Ettner, R., Fraser, L., Goodman, M., Green, J., Hancock, A. B., Johnson, T. W., Karasic, D. H., Knudson, G. A., Leibowitz, S. F., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Monstrey, S. J., Motmans, J., Nahata, L., … Arcelus, J. (2022). Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *International Journal of Transgender Health, 23*(Suppl 1), S1–S259. https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644

Colizzi, M., Costa, R., Pace, V., & Todarello, O. (2013). Hormonal treatment reduces psychobiological distress in gender identity disorder, independently of the attachment style. *The Journal of Sexual Medicine, 10*(12), 3049–3058. https://doi.org/10.1111/jsm.12155

Collier, K. L., van Beusekom, G., Bos, H. M. W., & Sandfort, T. G. M. (2013). Sexual orientation and gender identity/expression related peer victimization in adolescence: A systematic review of associated psychosocial and health outcomes. *Journal of Sex Research, 50*(3–4), 299–317. https://doi.org/10/gd8cc4

Collin, L., Reisner, S. L., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2016). Prevalence of transgender depends on the “case” definition: A systematic review. *The Journal of Sexual Medicine, 13*(4), 613–626. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.02.001

Conron, K. J., Scott, G., Stowell, G. S., & Landers, S. J. (2012). Transgender health in Massachusetts: Results from a household probability sample of adults. *American Journal of Public Health, 102*(1), 118–122. https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300315

Costa, R., Dunsford, M., Skagerberg, E., Holt, V., Carmichael, P., & Colizzi, M. (2015). Psychological support, puberty suppression, and psychosocial functioning in adolescents with gender dysphoria. *The Journal of Sexual Medicine, 12*(11), 2206–2214. https://doi.org/10/f746nv

Council of Europe, & Commissioner for Human Rights (Hrsg.). (2011). *Discrimination on grounds of sexual orientation and gender identity in Europe* (2nd ed.). Council of Europe Publishing.

Crissman, H. P., Berger, M. B., Graham, L. F., & Dalton, V. K. (2017). Transgender demographics: A household probability sample of US adults, 2014. *American Journal of Public Health, 107*(2), 213–215. https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303571

Cruz, T. M. (2014). Assessing access to care for transgender and gender nonconforming people: A consideration of diversity in combating discrimination. *Social Science & Medicine, 110*, 65–73. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.032

Cutas, D., & Hens, K. (2015). Preserving children's fertility: Two tales about children's right to an open future and the margins of parental obligations. *Medicine, Health Care, and Philosophy, 18*(2), 253–260. https://doi.org/10.1007/s11019-014-9596-3

Dang, X.-Q., Yi, Z.-W., He, X.-J., Wu, X.-C., Cao, Y., Mo, S.-H., He, Q.-N., Guan, F.-J., & Huang, D.-L. (2007). [Clinicopathologic characteristics of 1,316 children with renal disease]. *Zhongguo Dangdai Erke Zazhi, 9*(2), Article 2.

D'Angelo, R., Syrulnik, E., Ayad, S., Marchiano, L., Kenny, D. T., & Clarke, P. (2021). One size does not fit all: In support of psychotherapy for gender dysphoria. *Archives of Sexual Behavior, 50*(1), 7–16. https://doi.org/10.1007/s10508-020-01844-2

Davenport, C. W. (1986). A follow-up study of 10 feminine boys. *Archives of Sexual Behavior, 15*(6), 511–517.

Davidson, S., Morrison, A., Skagerberg, E., Russell, I., & Hames, A. (2019). A therapeutic group for young people with diverse gender identifications. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 24*(2), 241–257. https://doi.org/10.1177/135910451880016

de Blok, C. J. M., Klaver, M., Wiepjes, C. M., Nota, N. M., Heijboer, A. C., Fisher, A. D., Schreiner, T., T'Sjoen, G., & den Heijer, M. (2018). Breast development in transwomen after 1 year of cross-sex hormone therapy: Results of a prospective multicenter study. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 103*(2), 532–538. https://doi.org/10.1210/jc.2017-01927

de Graaf, N. M., Carmichael, P., Steensma, T. D., & Zucker, K. J. (2018). Evidence for a change in the sex ratio of children referred for gender dysphoria: Data from the Gender Identity Development Service in London (2000–2017). *The Journal of Sexual Medicine, 15*(10), 1381–1383. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.08.002

de Graaf, N. M., Cohen-Kettenis, P. T., Carmichael, P., de Vries, A. L. C., Dhondt, K., Laridaen, J., Pauli, D., Ball, J., & Steensma, T. D. (2018a). Psychological functioning in adolescents referred to specialist gender identity clinics across Europe: A clinical comparison study between four clinics. *European Child & Adolescent Psychiatry, 27*(7), 909–919. https://doi.org/10/gds3r8

de Graaf, N. M., Cohen-Kettenis, P. T., Carmichael, P., de Vries, A. L. C., Dhondt, K., Laridaen, J., Pauli, D., Ball, J., & Steensma, T. D. (2018b). Psychological functioning in adolescents referred to specialist gender identity clinics across Europe: A clinical comparison study between four clinics. *European Child & Adolescent Psychiatry, 27*(7), Article 7. https://doi.org/10/gds3r8

de Graaf, N. M., Giovanardi, G., Zitz, C., & Carmichael, P. (2018). Sex ratio in children and adolescents referred to the Gender Identity Development Service in the UK (2009–2016). *Archives of Sexual Behavior, 47*(5), 1301–1304. https://doi.org/10.1007/s10508-018-1204-9

de Nie, I., Asseler, J., Meißner, A., Voorn-de Warem, I. A. C., Kostelijk, E. H., den Heijer, M., Huirne, J., & van Mello, N. M. (2022). A cohort study on factors impairing semen quality in transgender women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 226*(3), 390.e1-390.e10. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.10.020

de Roo, C., Tilleman, K., T'Sjoen, G., & De Sutter, P. (2016). Fertility options in transgender people. *International Review of Psychiatry, 28*(1), 112–119. https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1084275

de Vries, A. L. C., Cohen-Kettenis, P. T., & Delemarre-van de Waal, H. (2006). Clinical management of gender dysphoria in adolescents. *International Journal of Transgenderism, 9*(3–4), 83–94. https://doi.org/10.1300/J485v09n03_04

de Vries, A. L. C., McGuire, J. K., Steensma, T. D., Wagenaar, E. C. F., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2014). Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics, 134*(4), 696–704. https://doi.org/10/gddthh

de Vries, A. L. C., Noens, I. L. J., Cohen-Kettenis, P. T., van Berckelaer-Onnes, I. A., & Doreleijers, T. A. (2010). Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 40*(8), 930–936. https://doi.org/10/b9kh4k

de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P. T., VanderLaan, D. P., & Zucker, K. J. (2016). Poor peer relations predict parent- and self-reported behavioral and emotional problems of adolescents with gender dysphoria: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry, 25*(6), 579–588. https://doi.org/10/gf73x7

de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011a). Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study. *The Journal of Sexual Medicine, 8*(8), 2276–2283. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x

de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011b). Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study. *Journal of Sexual Medicine*. https://doi.org/10/c3z3ff

Deogracias, J. J., Johnson, L. L., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Kessler, S. J., Schober, J. M., & Zucker, K. J. (2007). The gender identity/gender dysphoria questionnaire for adolescents and adults. *Journal of Sex Research, 44*(4), 370–379. https://doi.org/10.1080/00224490701586730

Dettenborn, H. (2017). *Kindeswohl und Kindeswille: Psychologische und rechtliche Aspekte* (5., aktualisierte Auflage). Ernst Reinhardt Verlag.

Deutscher Ethikrat. (2020). *Trans-Identität bei Kindern und Jugendlichen: Therapeutische Kontroversen – ethische Orientierungen: Ad-Hoc-Empfehlung.* https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-trans-identitaet.pdf

Deutsche Gesellschaft für Kinderendokrinologie und –diabetologie (DGKED). (2021). *S1-Leitlinie Pubertas tarda und Hypogonadismus (AWMF-Registernummer 174-022).* https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/174-022

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP). (2016). *S3-Leitlinie Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter, Teil 1: Diagnostik (AWMF-Registernummer 028-018).* https://register.awmf.org/assets/guidelines/028-018l_S3_Autismus-Spektrum-Stoerungen_ASS-Diagnostik_2016-05-abgelaufen.pdf

Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung eV. (DGfS). (2018). *S3-Leitlinie Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: Diagnostik, Beratung, Behandlung* (AWMF-Registernummer 138-001). https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/138-001

Di Ceglie, D., Freedman, D., McPherson, S., & Richardson, P. (2002). Children and adolescents referred to a specialist gender identity development service: Clinical features and demographic characteristics. *International Journal of Transgenderism, 6*(1). https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2002-14060-001&lang=de&site=ehost-live

Di Ceglie, D., & Thümmel, E. C. (2006). An experience of group work with parents of children and adolescents with gender identity disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 11*(3), 387–396. https://doi.org/10.1177/1359104506064983

Diamond, L. M., & Butterworth, M. (2008). Questioning gender and sexual identity: Dynamic links over time. *Sex Roles, 59*(5–6), 365–376. https://doi.org/10.1007/s11199-008-9425-3

Diamond, M. (2013). Transsexuality among twins: Identity concordance, transition, rearing, and orientation. *International Journal of Transgenderism, 14*(1), 24–38. https://doi.org/10.1080/15532739.2013.750222

Dierckx, M., Motmans, J., Mortelmans, D., & T'sjoen, G. (2016). Families in transition: A literature review. *International Review of Psychiatry, 28*(1), 36–43. https://doi.org/10/ggjmjx

Dietrich, H. (2021). *Geschlechtsdysphorie und Transidentität. Die therapeutische Begleitung von Trans*Jugendlichen.* Vandenhoeck & Ruprecht.

Dörries, A. (2003). Der best-interest standard in der Pädiatrie–theoretische Konzeption und klinische Anwendung. In C. Wiesemann, A. Dörries, G. Wolfslast, & A. Simon (Hrsg.), *Das Kind als Patient.* Campus.

Dragon, C. N., Guerino, P., Ewald, E., & Laffan, A. M. (2017). Transgender Medicare beneficiaries and chronic conditions: Exploring fee-for-service claims data. *LGBT Health, 4*(6), 404–411. https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0208

Drobnič Radobuljac, M., Grošelj, U., Kaltiala, R., Drobnič Radobuljac, M., Vermeiren, R., Anagnostopoulos, D., Çuhadaroglu Çetin, F., Crommen, S., Eliez, S., Kaltiala, R., Kravić, N., Kotsis, K., Fegert, J. M., Anagnostopoulos, D., Danese, A., Drobnič Radobuljac, M., Eliez, S., Hillegers, M., Hoekstra, P. J., … the ESCAP Board. (2024). ESCAP statement on the care for children and adolescents with gender dysphoria: An urgent need for safeguarding clinical, scientific, and ethical standards. *European Child & Adolescent Psychiatry, 33*(6), 2011–2016. https://doi.org/10.1007/s00787-024-02440-8

Drummond, K. D., Bradley, S. J., Peterson-Badali, M., & Zucker, K. J. (2008). A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Developmental Psychology, 44*(1), 34–45. https://doi.org/10/bgfvn6

Durwood, L., McLaughlin, K. A., & Olson, K. R. (2017). Mental health and self-worth in socially transitioned transgender youth. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 56*(2), 116–123. https://doi.org/10/f9p76p

Duttge, G. (2013). Patientenautonomie und Einwilligungsfähigkeit. In C. Wiesemann & A. Simon (Hrsg.), *Patientenautonomie* (S. 77–90). Brill | mentis. https://doi.org/10.30965/9783897859661_007

Edenfield, A. C., Colton, J. S., & Holmes, S. (2019). Always already geopolitical: Trans health care and global tactical technical communication. *Journal of Technical Writing and Communication, 49*(4), 433–457. https://doi.org/10.1177/0047281619871211

Ehrensaft, D. (2016). *The gender creative child: Pathways for nurturing and supporting children who live outside gender boxes.* The Experiment.

Ehrensaft, D. (2017). Gender nonconforming youth: Current perspectives. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics, 8*, 57–67. https://doi.org/10/gf8p79

Eisenberg, M. E., Gower, A. L., McMorris, B. J., Rider, G. N., Shea, G., & Coleman, E. (2017). Risk and protective factors in the lives of transgender/gender nonconforming adolescents. *Journal of Adolescent Health, 61*(4), 521–526. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.04.014

Entwistle, K. (2021). Debate: Reality check – Detransitioner's testimonies require us to rethink gender dysphoria. *Child and Adolescent Mental Health, 26*(1), 15–16. https://doi.org/10.1111/camh.12380

Ettner, R. (2020). Etiology of gender dysphoria. In L. S. Schechter (Hrsg.), *Gender confirmation surgery: Principles and techniques for an emerging field* (S. 21–28). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-29093-1_2

European Union Agency for Fundamental Rights. (2014). *Being trans in the European Union: Comparative analysis of EU LGBT survey data.* Publications Office. https://data.europa.eu/doi/10.2811/92683

Ewald, E. R., Guerino, P., Dragon, C., Laffan, A. M., Goldstein, Z., & Streed, C. (2019). Identifying Medicare beneficiaries accessing transgender-related care in the era of ICD-10. *LGBT Health, 6*(4), 166–173. https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0175

Expósito-Campos, P. (2021). A typology of gender detransition and its implications for healthcare providers. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 1–11. https://doi.org/10.1080/0092623X.2020.1869126

Feil, K., Reiser, E., Braun, A.-S., Böttcher, B., & Toth, B. (2023). Fertility, contraception, and fertility preservation in trans individuals. *Deutsches Ärzteblatt International, 120*(14), 243–250. https://doi.org/10.3238/arztebl.m2023.0026

Feinberg, J. (1980). The child's right to an open future. In A. William & H. LaFollette (Hrsg.), *Whose child? Children's rights, parental authority, and state power* (S. 124–153). Rowman and Littlefield. https://repository.library.georgetown.edu/handle/10822/786092

Feinberg, J. (1992). *Freedom and fulfillment: Philosophical essays.* Princeton University Press. https://doi.org/10.2307/j.ctv143mdgf

Fernández, R., Esteva, I., Gómez-Gil, E., Rumbo, T., Almaraz, M. C., Roda, E., Haro-Mora, J.-J., Guillamón, A., & Pásaro, E. (2014). The (CA)n polymorphism of ERβ gene is associated with FtM transsexualism. *The Journal of Sexual Medicine, 11*(3), 720–728. https://doi.org/10.1111/jsm.12398

Fernández, R., Guillamon, A., Cortés-Cortés, J., Gómez-Gil, E., Jácome, A., Esteva, I., Almaraz, M., Mora, M., Aranda, G., & Pásaro, E. (2018). Molecular basis of Gender Dysphoria: Androgen and estrogen receptor interaction. *Psychoneuroendocrinology, 98*, 161–167. https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2018.07.032

Feusner, J. D., Lidström, A., Moody, T. D., Dhejne, C., Bookheimer, S. Y., & Savic, I. (2017). Intrinsic network connectivity and own body perception in gender dysphoria. *Brain Imaging and Behavior, 11*(4), 964–976. https://doi.org/10.1007/s11682-016-9578-6

Fisher, A. D., Ristori, J., Castellini, G., Sensi, C., Cassioli, E., Prunas, A., Mosconi, M., Vitelli, R., Dèttore, D., Ricca, V., & Maggi, M. (2017). Psychological characteristics of Italian gender dysphoric adolescents: A case-control study. *Journal of Endocrinological Investigation, 40*(9), 953–965. https://doi.org/10/ggjmzh

Flint, C., Förster, K., Koser, S. A., Konrad, C., Zwitserlood, P., Berger, K., Hermesdorf, M., Kircher, T., Nenadic, I., Krug, A., Baune, B. T., Dohm, K., Redlich, R., Opel, N., Arolt, V., Hahn, T., Jiang, X., Dannlowski, U., & Grotegerd, D. (2020). Biological sex classification with structural MRI data shows increased misclassification in transgender women. *Neuropsychopharmacology: Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology, 45*(10), 1758–1765. https://doi.org/10.1038/s41386-020-0666-3

Fuchs, W., Ghattas, D. C., Reinert, D., & Widman, C. (2012). *Studie zur Lebenssituation von Transsexuellen in NRW.* https://www.lsvd.de/fileadmin/pics/Dokumente/TSG/Studie_NRW.pdf

Galis, F., Ten Broek, C. M. A., Van Dongen, S., & Wijnaendts, L. C. D. (2010). Sexual dimorphism in the prenatal digit ratio (2D:4D). *Archives of Sexual Behavior, 39*(1), 57–62. https://doi.org/10.1007/s10508-009-9485-7

Garcia-Falgueras, A., & Swaab, D. F. (2008). A sex difference in the hypothalamic uncinate nucleus: Relationship to gender identity. *Brain, 131*(12), 3132–3146. https://doi.org/10.1093/brain/awn276

Garrett, J. R. (2022). The child's right to an open future: Philosophical foundations and bioethical applications. In N. Nortjé & J. C. Bester (Hrsg.), *Pediatric Ethics: Theory and Practice* (S. 39–55). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-86182-7_3

Gartner, R. E., & Sterzing, P. R. (2018). Social ecological correlates of family-level interpersonal and environmental microaggressions toward sexual and gender minority adolescents. *Journal of Family Violence, 33*(1), 1–16. https://doi.org/10/ggjmsk

Genske, A. (2020). *Gesundheit und Selbstbestimmung: Voraussetzungen und Folgen der Einwilligungs(un)fähigkeit von Patienten* (Bd. 23). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-61140-1

Gieles, N. C., van de Grift, T. C., Elaut, E., Heylens, G., Becker-Hebly, I., Nieder, T. O., Laan, E. T. M., & Kreukels, B. P. C. (2023). Pleasure please! Sexual pleasure and influencing factors in transgender persons: An ENIGI follow-up study. *International Journal of Transgender Health, 24*(2), 212–224. https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2028693

Giordano, S., Garland, F., & Holm, S. (2021). Gender dysphoria in adolescents: Can adolescents or parents give valid consent to puberty blockers? *Journal of Medical Ethics, 47*, 324–328. https://doi.org/10.1136/medethics-2020-106999

Gómez-Gil, E., Esteva, I., Almaraz, M. C., Pasaro, E., Segovia, S., & Guillamon, A. (2010). Familiality of gender identity disorder in non-twin siblings. *Archives of Sexual Behavior, 39*(2), 546–552. https://doi.org/10.1007/s10508-009-9524-4

Goodman, M., Adams, N., Corneil, T., Kreukels, B., Motmans, J., & Coleman, E. (2019). Size and Distribution of Transgender and Gender Nonconforming Populations. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America, 48*(2), 303–321. https://doi.org/10.1016/j.ecl.2019.01.001

Gooren, L. J. (2011). Clinical practice. Care of transsexual persons. [Review]. *Journal of Medicine, 364*(13), Article 13.

Gooren, L. J., van Trotsenburg, M. A. A., Giltay, E. J., & van Diest, P. J. (2013). Breast cancer development in transsexual subjects receiving cross-sex hormone treatment. *Journal of Sexual Medicine, 10*(12), 3129–3134. https://doi.org/10/ggj285

Gorin-Lazard, A., Baumstarck, K., Boyer, L., Maquigneau, A., Penochet, J.-C., Pringuey, D., Albarel, F., Morange, I., Bonierbale, M., Lançon, C., & Auquier, P. (2013). Hormonal therapy is associated with better self-esteem, mood, and quality of life in transsexuals. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 201*(11), 996–1000. https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000046

Gower, A. L., Rider, G. N., Coleman, E., Brown, C., McMorris, B. J., & Eisenberg, M. E. (2018). Perceived gender presentation among transgender and gender diverse youth: Approaches to analysis and associations with bullying victimization and emotional distress. *LGBT Health, 5*(5), 312–319. https://doi.org/10/gdv73h

Grannis, C., Leibowitz, S. F., Gahn, S., Nahata, L., Morningstar, M., Mattson, W. I., Chen, D., Strang, J. F., & Nelson, E. E. (2021). Testosterone treatment, internalizing symptoms, and body image dissatisfaction in transgender boys. *Psychoneuroendocrinology, 132*, 105358. https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2021.105358

Grannis, C., Mattson, W. I., Leibowitz, S. F., Nahata, L., Chen, D., Strang, J. F., Thobe, H., Indyk, J. A., & Nelson, E. E. (2023). Expanding upon the relationship between gender-affirming hormone therapy, neural connectivity, mental health, and body image dissatisfaction. *Psychoneuroendocrinology, 156*, 106319. https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2023.106319

Gray, S. A. O., Sweeney, K. K., Randazzo, R., & Levitt, H. M. (2016). “Am I Doing the Right Thing?”: Pathways to Parenting a Gender Variant Child. *Family Process, 55*(1), 123–138. https://doi.org/10.1111/famp.12128

Green, A. E., DeChants, J. P., Price, M. N., & Davis, C. K. (2022). Association of Gender-Affirming Hormone Therapy With Depression, Thoughts of Suicide, and Attempted Suicide Among Transgender and Nonbinary Youth. *Journal of Adolescent Health, 70*(4), 643–649. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.10.036

Green, R. (1979). Childhood cross-gender behavior and subsequent sexual preference. *Journal of Psychiatry, 136*(1), 106–108.

Green, R. (1987). *The "sissy boy syndrome" and the development of homosexuality*. Yale University Press.

Green, R. (2000a). Family cooccurrence of “gender dysphoria”: Ten sibling or parent-child pairs. *Archives of Sexual Behavior, 29*(5), 499–507. https://doi.org/10.1023/a:1001947920872

Green, R. (2000b). Family cooccurrence of “gender dysphoria”: Ten sibling or parent-child pairs. *Archives of Sexual Behavior, 29*(5), 499–507. https://doi.org/10.1023/A:1001947920872

Gridley, S. J., Crouch, J. M., Evans, Y., Eng, W., Antoon, E., Lyapustina, M., Schimmel-Bristow, A., Woodward, J., Dundon, K., Schaff, R., McCarty, C., Ahrens, K., & Breland, D. J. (2016). Youth and caregiver perspectives on barriers to gender-affirming health care for transgender youth. *Journal of Adolescent Health, 59*(3), 254–261. https://doi.org/10/ggjk86

Grijseels, D. M. (2024). Biological and psychosocial evidence in the Cass Review: A critical commentary. *International Journal of Transgender Health*, 1–11. https://doi.org/10.1080/26895269.2024.2362304

Grimstad, F., Kremen, J., Shim, J., Charlton, B. M., & Boskey, E. R. (2021). Breakthrough Bleeding in Transgender and Gender Diverse Adolescents and Young Adults on Long-Term Testosterone. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 34*(5), 706–716. https://doi.org/10.1016/j.jpag.2021.04.004

Grossman, A. H., & D’Augelli, A. R. (2007). Transgender youth and life-threatening behaviors. *Suicide & Life-Threatening Behavior, 37*(5), 527–537. https://doi.org/10/cf8mv6

Grossman, A. H., D’Augelli, A. R., Howell, T. J., & Hubbard, S. (2005). Parent’ Reactions to Transgender Youth’ Gender Nonconforming Expression and Identity. *Journal of Gay & Lesbian Social Services, 18*(1), 3–16. https://doi.org/10.1300/J041v18n01_02

Grossman, A. H., Park, J. Y., & Russell, S. T. (2016). Transgender youth and suicidal behaviors: Applying the interpersonal psychological theory of suicide. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health, 20*(4), 329–349. https://doi.org/10/gdcg9z

Guillamon, A., Junque, C., & Gómez-Gil, E. (2016). A review of the status of brain structure research in transsexualism. *Archives of Sexual Behavior, 45*, 1615–1648. https://doi.org/10.1007/s10508-016-0768-5

Güldenring, A. (2015). A critical view of transgender health care in Germany: Psychopathologizing gender identity – Symptom of ‘disordered’ psychiatric/psychological diagnostics? *International Review of Psychiatry, 27*(5), 427–434. https://doi.org/10/gf97xz

Günther, M., Teren, K., Wolf, G., & Langs, G. (2021). *Psychotherapeutische Arbeit mit trans* Personen: Handbuch für die Gesundheitsversorgung* (2., aktualisierte Auflage). Ernst Reinhardt Verlag.

Guss, C. E., Williams, D. N., Reisner, S. L., Austin, S. B., & Katz-Wise, S. L. (2017). Disordered weight management behaviors, nonprescription steroid use, and weight perception in transgender youth. *Journal of Adolescent Health, 60*(1), 17–22. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.08.027

Gutmann, T. (2023). *Rechtswissenschaftliches Gutachten zu den Erfordernissen einer rechtswirksamen Einwilligung in eine pubertätsunterdrückende oder geschlechtsangleichende somatomedizinische Behandlung von Minderjährigen mit Geschlechtsdysphorie* (Unveröffentlicht). erstellt für Universitätsklinikum Münster.

Hädicke, M., Föcker, M., Romer, G., & Wiesemann, C. (2023). Healthcare professionals' conflicts when treating transgender youth: Is it necessary to prioritize protection over respect? *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics, 32*(2), 193–201. https://doi.org/10.1017/S0963180122000251

Hädicke, M., & Wiesemann, C. (2021). Was kann das Konzept der Diskriminierung für die Medizinethik leisten? – Eine Analyse. *Ethik in der Medizin, 33*(3), 369–386. https://doi.org/10.1007/s00481-021-00631-4

Hall, R., Mitchell, L., & Sachdeva, J. (2021). Access to care and frequency of detransition among a cohort discharged by a UK national adult gender identity clinic: Retrospective case-note review. *BJPsych Open, 7*(6), e184. https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1022

Hannema, S. E., Schagen, S. E. E., Cohen-Kettenis, P. T., & Delemarre-van de Waal, H. A. (2017). Efficacy and safety of pubertal induction using 17β-estradiol in transgirls. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 102*(7), 2356–2363. https://doi.org/10.1210/jc.2017-00373

Hare, L., Bernard, P., Sánchez, F. J., Baird, P. N., Vilain, E., Kennedy, T., & Harley, V. R. (2009). Androgen receptor repeat length polymorphism associated with male-to-female transsexualism. *Biological Psychiatry, 65*(1), 93–96. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.08.033

Harney, A., Huster, S., & Kohlenbach, F. (2023). Hormonbehandlungen bei geschlechtsinkongruenten oder geschlechtsdysphorischen Jugendlichen zu Lasten der GKV. *Medizinrecht, 41*(2), 127–139. https://doi.org/10.1007/s00350-023-6418-8

Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M. H., Rosenthal, S. M., Safer, J. D., Tangpricha, V., & T'Sjoen, G. G. (2017). Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: An Endocrine Society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658

Henningsson, S., Westberg, L., Nilsson, S., Lundström, B., Ekselius, L., Bodlund, O., Lindström, E., Hellstrand, M., Rosmond, R., Eriksson, E., & Landén, M. (2005). Sex steroid-related genes and male-to-female transsexualism. *Psychoneuroendocrinology, 30*(7), 657–664. https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2005.02.006

Herman, J. (2016). LGB within the T: Sexual orientation in the National Transgender Discrimination Survey and implications for public policy. https://escholarship.org/uc/item/4n7727j7

Herrmann, L., Bindt, C., Fahrenkrug, S., Schweitzer, J., Schulte-Markwort, M., Barkmann, C., & Becker-Hebly, I. (2021). Autismus-Spektrum-Störungen in einer Spezialsprechstunde für Geschlechtsdysphorie: Wie häufig kommt eine Doppeldiagnose vor und was bedeutet die gemeinsame Prävalenz für eine Behandlung? *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 49*(4), 259–271. https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000805

Hewitt, J. K., Paul, C., Kasiannan, P., Grover, S. R., Newman, L. K., & Warne, G. L. (2012). Hormone treatment of gender identity disorder in a cohort of children and adolescents. *Journal of Australia, 196*(9), 578–581. https://doi.org/10/f32d58

Heylens, G., De Cuypere, G., Zucker, K. J., Schelfaut, C., Elaut, E., Vanden Bossche, H., De Baere, E., & T'Sjoen, G. (2012). Gender identity disorder in twins: A review of the case report literature. *The Journal of Sexual Medicine, 9*(3), 751–757. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02567.x

Heylens, G., Elaut, E., Kreukels, B. P. C., Paap, M. C. S., Cerwenka, S., Richter-Appelt, H., Cohen-Kettenis, P. T., Haraldsen, I. R., & De Cuypere, G. (2014). Psychiatric characteristics in transsexual individuals: Multicentre study in four European countries. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science, 204*(2), 151–156. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.121954

Hisle-Gorman, E., Schvey, N. A., Adirim, T. A., Rayne, A. K., Susi, A., Roberts, T. A., & Klein, D. A. (2021). Mental healthcare utilization of transgender youth before and after affirming treatment. *The Journal of Sexual Medicine, 18*(8), 1444–1454. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.05.014

Holt, V., Skagerberg, E., & Dunsford, M. (2016). Young people with features of gender dysphoria: Demographics and associated difficulties. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 21*(1), 108–118. https://doi.org/10/f75xck

Howick, J., Glasziou, P., & Aronson, J. K. (2009). The evolution of evidence hierarchies: What can Bradford Hill's 'guidelines for causation' contribute? *Journal of the Royal Society of Medicine, 102*(5), 186–194. https://doi.org/10.1258/jrsm.2009.090020

Hulshoff Pol, H., Cohen-Kettenis, P. T., Van Haren, N. E. M., Peper, J. S., Brans, R. G. H., Cahn, W., Schnack, H. G., Gooren, L. J. G., & Kahn, R. S. (2006). Changing your sex changes your brain: Influences of testosterone and estrogen on adult human brain structure. *European Journal of Endocrinology, 155*(Supplement_1), S107–S114. https://doi.org/10.1530/eje.1.02248

Jarin, J., Pine-Twaddell, E., Trotman, G., Stevens, J., Conard, L. A., Tefera, E., & Gomez-Lobo, V. (2017). Cross-Sex Hormones and Metabolic Parameters in Adolescents With Gender Dysphoria. *Pediatrics, 139*(5), e20163173. https://doi.org/10.1542/peds.2016-3173

Jasuja, G. K., De Groot, A., Quinn, E. K., Ameli, O., Hughto, J. M. W., Dunbar, M., Deutsch, M., Streed, C. G., Paasche-Orlow, M. K., Wolfe, H. L., & Rose, A. J. (2020). Beyond Gender Identity Disorder Diagnoses Codes: An Examination of Additional Methods to Identify Transgender Individuals in Administrative Databases. *Medical Care, 58*(10), 903–911. https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001362

Johns, M. M., Beltran, O., Armstrong, H. L., Jayne, P. E., & Barrios, L. C. (2018). Protective factors among transgender and gender variant youth: A systematic review by socioecological level. *The Journal of Primary Prevention.* https://doi.org/10/gdphqq

Johns, M. M., Lowry, R., Andrzejewski, J., Barrios, L. C., Demissie, Z., McManus, T., Rasberry, C. N., Robin, L., & Underwood, J. M. (2019). Transgender Identity and Experiences of Violence Victimization, Substance Use, Suicide Risk, and Sexual Risk Behaviors Among High School Students—19 States and Large Urban School Districts, 2017. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report, 68*(3), 67–71. https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6803a3

Jorgensen, S. C. J., Athéa, N., & Masson, C. (2024). Puberty Suppression for Pediatric Gender Dysphoria and the Child's Right to an Open Future. *Archives of Sexual Behavior, 53*(5), 1941–1956. https://doi.org/10.1007/s10508-024-02850-4

Joseph, T., Ting, J., & Butler, G. (2019). The effect of GnRH analogue treatment on bone mineral density in young adolescents with gender dysphoria: Findings from a large national cohort. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism, 32*(10), 1077–1081. https://doi.org/10.1515/jpem-2019-0046

Kaltiala, R., Bergman, H., Carmichael, P., De Graaf, N. M., Egebjerg Rischel, K., Frisén, L., Schorkopf, M., Suomalainen, L., & Waehre, A. (2020). Time trends in referrals to child and adolescent gender identity services: A study in four Nordic countries and in the UK. *Nordic Journal of Psychiatry, 74*(1), 40–44. https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1667429

Kaltiala, R., Heino, E., Työläjärvi, M., & Suomalainen, L. (2020). Adolescent development and psychosocial functioning after starting cross-sex hormones for gender dysphoria. *Nordic Journal of Psychiatry, 74*(3), 213–219. https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1691260

Kaltiala, R., Holttinen, T., & Tuisku, K. (2023). Have the psychiatric needs of people seeking gender reassignment changed as their numbers increase? A register study in Finland. *European Psychiatry, 66*(1), e93. https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.2471

Kaltiala-Heino, R., Bergman, H., Työläjärvi, M., & Frisen, L. (2018). Gender dysphoria in adolescence: Current perspectives. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics, 9*, 31–41. https://doi.org/10.2147/AHMT.S135432

Kaltiala-Heino, R., Sumia, M., Työläjärvi, M., & Lindberg, N. (2015). Two years of gender identity service for minors: Overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 9.* https://doi.org/10/f8bs95

Kano, K., Nishikura, K., Yamada, Y., & Arisaka, O. (2003). Effect of fluvastatin and dipyridamole on proteinuria and renal function in childhood IgA nephropathy with mild histological findings and moderate proteinuria. *Clinical Nephrology, 60*(2), Article 2.

Karamanis, G., Karalexi, M., White, R., Frisell, T., Isaksson, J., Skalkidou, A., & Papadopoulos, F. C. (2022). Gender dysphoria in twins: A register-based population study. *Scientific Reports, 12*(1), 13439. https://doi.org/10.1038/s41598-022-17749-0

Kattari, S. K., Bakko, M., Hecht, H. K., & Kinney, M. K. (2020). Intersecting Experiences of Healthcare Denials Among Transgender and Nonbinary Patients. *American Journal of Preventive Medicine, 58*(4), 506–513. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.11.014

Katz-Wise, S. L., Budge, S. L., Fugate, E., Flanagan, K., Touloumtzis, C., Rood, B., Perez-Brumer, A., & Leibowitz, S. (2017). Transactional pathways of transgender identity development in transgender and gender-nonconforming youth and caregiver perspectives from the Trans Youth Family Study. *International Journal of Transgenderism, 18*(3), 243–263. https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1304312

Katz-Wise, S. L., Ehrensaft, D., Vetters, R., Forcier, M., & Austin, S. B. (2018). Family Functioning and Mental Health of Transgender and Gender-Nonconforming Youth in the Trans Teen and Family Narratives Project. *The Journal of Sex Research, 55*(4–5), 582–590. https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1415291

Katz-Wise, S. L., Reisner, S. L., Hughto, J. W., & Keo-Meier, C. L. (2016). Differences in sexual orientation diversity and sexual fluidity in attractions among gender minority adults in Massachusetts. *Journal of Sex Research, 53*(1), 74–84. https://doi.org/10/ggjmjz

Kauth, M. R., Shipherd, J. C., Lindsay, J., Blosnich, J. R., Brown, G. R., & Jones, K. T. (2014). Access to Care for Transgender Veterans in the Veterans Health Administration: 2006–2013. *American Journal of Public Health, 104*(S4), S532–S534. https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302086

Kcomt, L., Gorey, K. M., Barrett, B. J., & McCabe, S. E. (2020). Healthcare avoidance due to anticipated discrimination among transgender people: A call to create trans-affirmative environments. *SSM - Population Health, 11*, 100608. https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100608

Kelley, L., Chou, C. L., Dibble, S. L., & Robertson, P. A. (2008). A Critical Intervention in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health: Knowledge and Attitude Outcomes Among Second-Year Medical Students. *Teaching and Learning in Medicine, 20*(3), 248–253. https://doi.org/10.1080/10401330802199567

Kerlin, S. (2004). The Presence of Gender Dysphoria, Transsexualism, and Disorders of Sex Differentiation in Males Prenatally Exposed to Diethylstilbestrol: Initial Evidence from a 5-Year Study. 6th Annual Symposium on the Environment and Hormones. https://diethylstilbestrol.co.uk/the-presence-of-gender-dysphoria-transsexualism-and-disorders-of-sex-differentiation-in-males-prenatally-exposed-to-des/

Kersting, A., Reutemann, M., Gast, U., Ohrmann, P., Suslow, T., Michael, N., & Arolt, V. (2003). Dissociative disorders and traumatic childhood experiences in transsexuals. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 191*(3), 182–189. https://doi.org/10.1097/01.NMD.0000054932.22929.5D

Khan, J., Schmidt, R. L., Spittal, M. J., Goldstein, Z., Smock, K. J., & Greene, D. N. (2019). Venous Thrombotic Risk in Transgender Women Undergoing Estrogen Therapy: A Systematic Review and Metaanalysis. *Clinical Chemistry, 65*(1), 57–66. https://doi.org/10.1373/clinchem.2018.288316

Khatchadourian, K., Amed, S., & Metzger, D. L. (2014). Clinical management of youth with gender dysphoria in Vancouver. *The Journal Of Pediatrics, 164*(4), 906–911. https://doi.org/10/f2qm7n

Kimland, E., & Odlind, V. (2012). Off-Label Drug Use in Pediatric Patients. *Clinical Pharmacology & Therapeutics, 91*(5), 796–801. https://doi.org/10.1038/clpt.2012.26

Kitts, R. L. (2010). Barriers to optimal care between physicians and lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning adolescent patients. *Journal of Homosexuality, 57*(6), 730–747. https://doi.org/10/dfh8dk

Klaver, M., de Mutsert, R., van der Loos, M. A. T. C., Wiepjes, C. M., Twisk, J. W. R., den Heijer, M., Rotteveel, J., & Klink, D. T. (2020). Hormonal Treatment and Cardiovascular Risk Profile in Transgender Adolescents. *Pediatrics, 145*(3), e20190741. https://doi.org/10.1542/peds.2019-0741

Klaver, M., de Mutsert, R., Wiepjes, C. M., Twisk, J. W. R., den Heijer, M., Rotteveel, J., & Klink, D. T. (2018). Early Hormonal Treatment Affects Body Composition and Body Shape in Young Transgender Adolescents. *The Journal of Sexual Medicine, 15*(2), 251–260. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.12.009

Klink, D., Caris, M., Heijboer, A., van Trotsenburg, M., & Rotteveel, J. (2015). Bone mass in young adulthood following gonadotropin-releasing hormone analog treatment and cross-sex hormone treatment in adolescents with gender dysphoria. *Journal of Clinical Endocrinology, 100*(2). https://doi.org/10.1210/jc.2014-2439

Kolbuck, V. D., Muldoon, A. L., Rychlik, K., Hidalgo, M. A., & Chen, D. (2019). Psychological functioning, parenting stress, and parental support among clinic-referred prepubertal gender-expansive children. *Clinical Practice in Pediatric Psychology, 7*(3), 254–266. https://doi.org/10/ggj3f9

Korpaisarn, S., & Safer, J. D. (2019). Etiology of Gender Identity. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America, 48*(2), 323–329. https://doi.org/10.1016/j.ecl.2019.01.002

Korte, A., Beier, K. M., & Bosinski, H. A. G. (2016). Behandlung von Geschlechtsidentitätsstörungen (Geschlechtsdysphorie) im Kindes- und Jugendalter—Ausgangsoffene psychotherapeutische Begleitung oder frühzeitige Festlegung und Weichenstellung durch Einleitung einer hormonellen Therapie? *Sexuologie: Zeitschrift für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft, 23*(3–4), 117–132.

Kosky, R. J. (1987). Gender-disordered children: Does inpatient treatment help? *Medical Journal of Australia, 146*(11), 565–569. https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1987.tb120415.x

Kruijver, F. P., Zhou, J. N., Pool, C. W., Hofman, M. A., Gooren, L. J., & Swaab, D. F. (2000). Male-to-female transsexuals have female neuron numbers in a limbic nucleus. *Journal of Clinical Endocrinology, 85*(5), 2034–2041.

Kuper, L. E., Adams, N., & Mustanski, B. S. (2018). Exploring cross-sectional predictors of suicide ideation, attempt, and risk in a large online sample of transgender and gender nonconforming youth and young adults. *LGBT Health, 5*(7), 391–400. https://doi.org/10/gfg294

Kuper, L. E., Lindley, L., & Lopez, X. (2019). Exploring the gender development histories of children and adolescents presenting for gender affirming medical care. *Clinical Practice in Pediatric Psychology, 7*(3), 217–228. https://doi.org/10/ggj3f8

Kuper, L. E., Stewart, S., Preston, S., Lau, M., & Lopez, X. (2020). Body dissatisfaction and mental health outcomes of youth on gender-affirming hormone therapy. *Pediatrics, 145*(4). https://doi.org/10/ggs6x3

Kuvalanka, K. A., Weiner, J. L., & Mahan, D. (2014). Child, family, and community transformations: Findings from interviews with mothers of transgender girls. *Journal of GLBT Family Studies, 10*(4), 354–379. https://doi.org/10/ggjmg6

Kuvalanka, K. A., Weiner, J. L., Munroe, C., Goldberg, A. E., & Gardner, M. (2017). Trans and Gender-Nonconforming Children and Their Caregivers: Gender Presentations, Peer Relations, and Well-Being at Baseline. *Journal of Family Psychology, 31*(4), 460–471. https://doi.org/10/ggjmd4

Kuyper, L., & Wijsen, C. (2014). Gender Identities and Gender Dysphoria in the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior, 43*(2), 377–385. https://doi.org/10.1007/s10508-013-0140-y

Lahlou, N., Carel, J. C., Chaussain, J. L., & Roger, M. (2000). Pharmacokinetics and pharmacodynamics of GnRH agonists: Clinical implications in pediatrics. *Journal of Pediatric Endocrinology & Metabolism: JPEM, 13*(Suppl. 1), 723–737. https://doi.org/10.1515/jpem.2000.13.s1.723

Lai, T. C., McDougall, R., Feldman, D., Elder, C. V., & Pang, K. C. (2020). Fertility Counseling for Transgender Adolescents: A Review. *Journal of Adolescent Health, 66*(6), 658–665. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.01.007

Laufs, A., Katzenmeier, C., & Lipp, V. (Hrsg.). (2015). *Arztrecht* (7., völlig neu bearb. Aufl). Beck.

Laurenzano, S. E., Newfield, R. S., Lee, E., & Marinkovic, M. (2021). Subcutaneous Testosterone Is Effective and Safe as Gender-Affirming Hormone Therapy in Transmasculine and Gender-Diverse Adolescents and Young Adults: A Single Center's 8-Year Experience. *Transgender Health, 6*(6), 343–352. https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0103

Lebovitz, P. S. (1972). Feminine Behavior in Boys: Aspects of Its Outcome. *American Journal of Psychiatry, 128*(10), 1283–1289. https://doi.org/10.1176/ajp.128.10.1283

Lee, J. Y., Finlayson, C., Olson-Kennedy, J., Garofalo, R., Chan, Y.-M., Glidden, D. V., & Rosenthal, S. M. (2020). Low Bone Mineral Density in Early Pubertal Transgender/Gender Diverse Youth: Findings From the Trans Youth Care Study. *Journal of the Endocrine Society, 4*(9), bvaa065. https://doi.org/10.1210/jendso/bvaa065

Leibowitz, S. F., & Telingator, C. (2012). Assessing gender identity concerns in children and adolescents: Evaluation, treatments, and outcomes. *Current Psychiatry Reports, 14*(2), 111–120. https://doi.org/10/ggjk8n

Levitan, N., Barkmann, C., Richter-Appelt, H., Schulte-Markwort, M., & Becker-Hebly, I. (2019). Risk factors for psychological functioning in German adolescents with gender dysphoria: Poor peer relations and general family functioning. *European Child & Adolescent Psychiatry, 28*(11), 1487–1498. https://doi.org/10.1007/s00787-019-01308-6

Lippert, L. (with Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg). (2016). *Probleme der Einwilligungsfähigkeit Minderjähriger in ärztliche Behandlungen*. Tectum Verlag.

Littman, L. (2021). Individuals Treated for Gender Dysphoria with Medical and/or Surgical Transition Who Subsequently Detransitioned: A Survey of 100 Detransitioners. *Archives of Sexual Behavior, 50*(8), 3353–3369. https://doi.org/10.1007/s10508-021-02163-w

López De Lara, D., Pérez Rodríguez, O., Cuellar Flores, I., Pedreira Masa, J. L., Campos-Muñoz, L., Cuesta Hernández, M., & Ramos Amador, J. T. (2020). Psychosocial assessment in transgender adolescents. *Anales de Pediatría (English Edition), 93*(1), 41–48. https://doi.org/10.1016/j.anpede.2020.01.004

Lutchmaya, S., Baron-Cohen, S., Raggatt, P., Knickmeyer, R., & Manning, J. T. (2004). 2nd to 4th digit ratios, fetal testosterone and estradiol. *Early Human Development, 77*(1), 23–28. https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2003.12.002

MacMullin, L. N., Aitken, M., Nabbijohn, A. N., & VanderLaan, D. P. (2020). Self-harm and suicidality in gender-nonconforming children: A Canadian community-based parent-report study. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 7*(1), 76–90. https://doi.org/10/ggjsgt

Madsen, M. C., van Dijk, D., Wiepjes, C. M., Conemans, E. B., Thijs, A., & den Heijer, M. (2021). Erythrocytosis in a Large Cohort of Trans Men Using Testosterone: A Long-Term Follow-Up Study on Prevalence, Determinants, and Exposure Years. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 106*(6), 1710–1717. https://doi.org/10.1210/clinem/dgab089

Maharaj, N. R., Dhai, A., Wiersma, R., & Moodley, J. (2005). Intersex conditions in children and adolescents: Surgical, ethical, and legal considerations. *Journal of Pediatric, 18*(6), Article 6.

Mahfouda, S., Moore, J. K., Siafarikas, A., Hewitt, T., Ganti, U., Lin, A., & Zepf, F. D. (2019). Gender-affirming hormones and surgery in transgender children and adolescents. *The Lancet Diabetes & Endocrinology, 7*(6), 484–498. https://doi.org/10/ggtvm7

Majid, D. S. A., Burke, S. M., Manzouri, A., Moody, T. D., Dhejne, C., Feusner, J. D., & Savic, I. (2020). Neural Systems for Own-body Processing Align with Gender Identity Rather Than Birth-assigned Sex. *Cerebral Cortex (New York, N.Y.: 1991), 30*(5), 2897–2909. https://doi.org/10.1093/cercor/bhz282

Marinkovic, M., & Newfield, R. S. (2017). Chest reconstructive surgeries in transmasculine youth: Experience from one pediatric center. *International Journal of Transgenderism, 18*(4), 376–381. https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1349706

Martin, C. L., Ruble, D. N., & Szkrybalo, J. (2002). Cognitive theories of early gender development. *Psychological Bulletin, 128*(6), 903–933. https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.6.903

Maruri, S. (2011). Hormone therapy for inmates: A metonym for transgender rights. *Journal of Law, 20*(3), Article 3.

May, T., Pang, K., & Williams, K. J. (2017). Gender variance in children and adolescents with autism spectrum disorder from the National Database for Autism Research. *International Journal of Transgenderism, 18*(1), 7–15. https://doi.org/10/ggjmzx

McConnell, E. A., Birkett, M., & Mustanski, B. (2016). Families Matter: Social Support and Mental Health Trajectories Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth. *Journal of Adolescent Health, 59*(6), 674–680. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.07.026

McGravey, K. A. (2015). Measuring the effectiveness of a professional development workshop on awareness, knowledge, and skills of mental health professionals in working with lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning (lgbtq) youth (2015-99071-117). *ProQuest Information & Learning.*

McGregor, K., McKenna, J. L., Williams, C. R., Barrera, E. P., & Boskey, E. R. (2024). Association of Pubertal Blockade at Tanner 2/3 With Psychosocial Benefits in Transgender and Gender Diverse Youth at Hormone Readiness Assessment. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine, 74*(4), 801–807. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2023.10.028

McGuire, J. K., Doty, J. L., Catalpa, J. M., & Ola, C. (2016). Body image in transgender young people: Findings from a qualitative, community based study. *Body Image, 18*, 96–107. https://doi.org/10/f8455d

McNamara, M., Baker, K., Connelly, K., Janssen, A., Olson-Kennedy, J., Pang, K. C., Scheim, A., Turban, J., & Alstott, A. (2024). An Evidence-Based Critique of "The Cass Review" on Gender-affirming Care for Adolescent Gender Dysphoria. https://law.yale.edu/sites/default/files/documents/integrity-project_cass-response.pdf

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (Hrsg.). (2020). *Begutachtungsanleitung Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach §282 SGB V Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualismus (ICD-10, F64.0)*. https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Begutachtungsgrundlagen_GKV/BGA_Transsexualismus_201113.pdf

Mehringer, J. E., Harrison, J. B., Quain, K. M., Shea, J. A., Hawkins, L. A., & Dowshen, N. L. (2021). Experience of Chest Dysphoria and Masculinizing Chest Surgery in Transmasculine Youth. *Pediatrics, 147*(3), e2020013300. https://doi.org/10.1542/peds.2020-013300

Meier, S. C., & Labuski, C. M. (2013). The Demographics of the Transgender Population. In A. K. Baumle (Hrsg.), *International Handbook on the Demography of Sexuality* (Bd. 5, S. 289–327). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-94-007-5512-3_16

Mejia-Otero, J. D., White, P., & Lopez, X. (2021). Effectiveness of Puberty Suppression with Gonadotropin-Releasing Hormone Agonists in Transgender Youth. *Transgender Health, 6*(1), 31–35. https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0007

Meng, M., Zhou, Q., Lei, W., Tian, M., Wang, P., Liu, Y., Sun, Y., Chen, Y., & Li, Q. (2022). Recommendations on Off-Label Drug Use in Pediatric Guidelines. *Frontiers in Pharmacology, 13*, 892574. https://doi.org/10.3389/fphar.2022.892574

Mengel, R., Wedemeyer, F., & Wiesemann, C. (2019). Partizipation von Kindern und Jugendlichen im Krankenhaus. *frühe kindheit, 22*, 20–28.

Menvielle, E. (2012). A comprehensive program for children with gender variant behaviors and gender identity disorders. *Journal Of Homosexuality, 59*(3), 357–368. https://doi.org/10/ggjk7t

Menvielle, E., & Gomez-Lobo, V. (2011). Management of children and adolescents with gender dysphoria. *Journal of Pediatric, 24*(4), 183–188. https://doi.org/10/cvw6dd

Meyenburg, B. (o. J.). *Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter*. Kohlhammer.

Meyenburg, B., Renter-Schmidt, K., & Schmidt, G. (2021). Transidentität in Jugend und Adoleszenz: Zur Veränderung der Sexratio und der Prävalenz in den letzten eineinhalb Jahrzehnten: Eine Auswertung von 1434 Gutachten nach dem Transsexuellengesetz (TSG). *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 49*(2), 93–100. https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000763

Meyer, I. H. (1995). Minority Stress and Mental Health in Gay Men. *Journal of Health and Social Behavior, 36*(1), 38. https://doi.org/10.2307/2137286

Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin, 129*(5), 674–697. https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674

Meyer, I. H. (2015). Resilience in the study of minority stress and health of sexual and gender minorities. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 2*(3), 209–213. https://doi.org/10/gg3qp6

Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2010). From mental disorder to iatrogenic hypogonadism: Dilemmas in conceptualizing gender identity variants as psychiatric conditions. *Archives of Sexual Behavior, 39*(2), 461–476. https://doi.org/10/d7xcjx

Meyer-Bahlburg, H. F. L., Dolezal, C., Baker, S. W., & New, M. I. (2008). Sexual Orientation in Women with Classical or Non-classical Congenital Adrenal Hyperplasia as a Function of Degree of Prenatal Androgen Excess. *Archives of Sexual Behavior, 37*(1), 85–99. https://doi.org/10.1007/s10508-007-9265-1

Millington, K., Finlayson, C., Olson-Kennedy, J., Garofalo, R., Rosenthal, S. M., & Chan, Y.-M. (2021). Association of High-Density Lipoprotein Cholesterol With Sex Steroid Treatment in Transgender and Gender-Diverse Youth. *JAMA Pediatrics, 175*(5), 520–521. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.5620

Mills, C. (2003). The Child's Right to an Open Future? *Journal of Social Philosophy, 34*(4), 499–509. https://doi.org/10.1111/1467-9833.00197

Millum, J. (2014). The foundation of the child's right to an open future. *Journal of Social Philosophy, 45*(4), 522–538. https://doi.org/10.1111/josp.12076

Mizock, L., & Lewis, T. (2008). Trauma in Transgender Populations: Risk, Resilience, and Clinical Care. *Journal of Emotional Abuse, 8*(3), 335–354. https://doi.org/10.1080/10926790802262523

Möller, B., Nieder, T. O., Preuss, W. F., Becker, I., Fahrenkrug, S., Wüsthof, A., Briken, P., Romer, G., & Richter-Appelt, H. (2014). Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie im Rahmen einer interdisziplinären Spezialsprechstunde. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 63*(6), 465–485. https://doi.org/10/ggjk8v

Money, J., & Russo, A. J. (1979). Homosexual Outcome of Discordant Gender Identity/Role in Childhood: Longitudinal Follow-Up. *Journal of Pediatric Psychology, 4*(1), 29–41. https://doi.org/10.1093/jpepsy/4.1.29

Mucha, S. R., Brokmeier, T., Romer, G., & Föcker, M. (2022). Erfahrungen im Gesundheitswesen von Sorgeberechtigten eines Kindes oder Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie: Eine qualitative Studie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 71*(7), 620–639. https://doi.org/10.13109/prkk.2022.71.7.620

Mueller, S. C., Guillamon, A., Zubiaurre-Elorza, L., Junque, C., Gomez-Gil, E., Uribe, C., Khorashad, B. S., Khazai, B., Talaei, A., Habel, U., Votinov, M., Derntl, B., Lanzenberger, R., Seiger, R., Kranz, G. S., Kreukels, B. P. C., Kettenis, P. T. C., Burke, S. M., Lambalk, N. B., … Luders, E. (2021). The Neuroanatomy of Transgender Identity: Mega-Analytic Findings From the ENIGMA Transgender Persons Working Group. *The Journal of Sexual Medicine, 18*(6), 1122–1129. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.03.079

Mullins, E. S., Geer, R., Metcalf, M., Piccola, J., Lane, A., Conard, L. A. E., & Mullins, T. L. K. (2021). Thrombosis Risk in Transgender Adolescents Receiving Gender-Affirming Hormone Therapy. *Pediatrics, 147*(4), e2020023549. https://doi.org/10.1542/peds.2020-023549

Murad, M. H., Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Mullan, R. J., Murad, A., Erwin, P. J., & Montori, V. M. (2010). Hormonal therapy and sex reassignment: A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical Endocrinology, 72*(2), 214–231. https://doi.org/10.1111/j.1365-2265.2009.03625.x

Nahata, L., Chen, D., Moravek, M. B., Quinn, G. P., Sutter, M. E., Taylor, J., Tishelman, A. C., & Gomez-Lobo, V. (2019). Understudied and Under-Reported: Fertility Issues in Transgender Youth—A Narrative Review. *The Journal of Pediatrics, 205*, 265–271. https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.09.009

Nahata, L., Quinn, G. P., Caltabellotta, N. M., & Tishelman, A. C. (2017). Mental Health Concerns and Insurance Denials Among Transgender Adolescents. *LGBT Health, 4*(3), 188–193. https://doi.org/10/gbhvn8

Nahata, L., Tishelman, A. C., Caltabellotta, N. M., & Quinn, G. P. (2017). Low Fertility Preservation Utilization Among Transgender Youth. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine, 61*(1), 40–44. https://doi.org/10/gbpkq9

Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin NEK. (2024). Medizinische Behandlung von minderjährigen Personen mit einer Geschlechtsdysphorie—Ethische und rechtliche Erwägungen. https://doi.emh.ch/saez.2019.17681

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2020b). Evidence review: Gender affirming hormones for children and adolescents with gender dysphoria. http://evidence.nhs.uk

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2020a). Evidence review: Gonadotrophin releasing hormone analogues for children and adolescents with gender dysphoria. https://www.nice.org.uk/guidance/ng150/resources/evidence-review-gonadotrophin-releasing-hormone-analogues-for-children-and-adolescents-with-gender-dysphoria-pdf-20210323

Navabi, B., Tang, K., Khatchadourian, K., & Lawson, M. L. (2021). Pubertal Suppression, Bone Mass, and Body Composition in Youth With Gender Dysphoria. *Pediatrics, 148*(4), e2020039339. https://doi.org/10.1542/peds.2020-039339

Nettermann, K., Basoglu, A., Marschall, U., Karch, A., & Romer, G. (2024). Sex ratios in minor and adult transgender individuals seeking for medical treatment based on German health insurance data – the TRANSKIDS-CARE study. *DocAbstr. 702*. https://doi.org/10.3205/24gmds669

Nettermann, K., Basoglu, A., Marschall, U., Saam, J., Nußbaum, U., König, H. H., Heider, D., Karch, A., Rölver, A., & Romer, G. (2025, submitted). Longitudinal trends of health service utilization for gender dysphoria in Germany between 2010 and 2021 – an analysis of the TRANSKIDS-CARE study based on health insurance data. *Submitted to Lancet Psychiatry*. Preprint for Lancet bei SSRN: https://ssrn.com/abstract=5144641.

Neyman, A., Fuqua, J. S., & Eugster, E. A. (2019). Bicalutamide as an Androgen Blocker With Secondary Effect of Promoting Feminization in Male-to-Female Transgender Adolescents. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine, 64*(4), 544–546. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.10.296

NHS England. (2024). The Cass Review, Independent review of gender identity services for children and young people: Final report. NHS England; April 2024. https://cass.independent-review.uk/wp-content/uploads/2024/04/CassReview_Final.pdf

Niv-Yagoda, A. (2007). [Informed consent of minors—Emphasizing the terminally ill]. [Review] [40 refs] [Hebrew]. *Harefuah, 146*(6), Article 6.

Nonhoff, T. (2018). Persistenz und Desistenz der Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter – ein systematisches Review (Bachelorarbeit). Institut für Psychologie, Westfälische Wilhelms-Universität Münster.

Noone, C., Southgate, A., Ashman, A., Quinn, É., Comer, D., Shrewsbury, D., Ashley, F., Hartland, J., Pashdag, J., Gilmore, J., Kennedy, N., Woolley, T., Heath, R. A., Goulding, R., Simpson, V., Kiely, E., Coll, S., White, M., Grijseels, D., … McLamore, Q. (2024). Critically Appraising the Cass Report: Methodological Flaws and Unsupported Claims. OSF. https://doi.org/10.31219/osf.io/uhndk

Nordenström, A., Ahmed, S. F., van den Akker, E., Blair, J., Bonomi, M., Brachet, C., Broersen, L. H. A., Claahsen-van der Grinten, H. L., Dessens, A. B., Gawlik, A., Gravholt, C. H., Juul, A., Krausz, C., Raivio, T., Smyth, A., Touraine, P., Vitali, D., & Dekkers, O. M. (2022). Pubertal induction and transition to adult sex hormone replacement in patients with congenital pituitary or gonadal reproductive hormone deficiency: An Endo-ERN clinical practice guideline. *European Journal of Endocrinology, 186*(6), G9–G49. https://doi.org/10.1530/EJE-22-0073

O'Connell, M. A., Nguyen, T. P., Ahler, A., Skinner, S. R., & Pang, K. C. (2022). Approach to the Patient: Pharmacological Management of Trans and Gender-Diverse Adolescents. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 107*(1), 241–257. https://doi.org/10.1210/clinem/dgab634

Office for National Statistics. (2023a). Gender identity (eight categories) by age and sex, England and Wales: Census 2021—Office for National Statistics. https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/culturalidentity/genderidentity/datasets/genderidentityeightcategoriesbyageandsexenglandandwalescensus2021

Office for National Statistics. (2023b). Gender identity, England and Wales—Office for National Statistics. https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/culturalidentity/genderidentity/bulletins/genderidentityenglandandwales/census2021

Office for National Statistics. (2023c). Gender identity (four categories) by age and sex, England and Wales: Census 2021—Office for National Statistics. https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/culturalidentity/genderidentity/datasets/genderidentityfourcategoriesbyageandsexenglandandwalescensus2021

Olson, J., Forbes, C., & Belzer, M. (2011). Management of the transgender adolescent. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 165*(2), 171–176. https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2010.275

Olson, K. R., Blotner, C., Alonso, D., Lewis, K., Edwards, D., & Durwood, L. (2019). Family discussions of early childhood social transitions. *Clinical Practice in Pediatric Psychology, 7*(3), 229–240. https://doi.org/10/ggj3f7

Olson, K. R., Durwood, L., DeMeules, M., & McLaughlin, K. A. (2016). Mental Health of Transgender Children Who Are Supported in Their Identities. *Pediatrics, 137*(3), e20153223–e20153223. https://doi.org/10/gftvth

Olson, K. R., Durwood, L., Horton, R., Gallagher, N. M., & Devor, A. (2022). Gender Identity 5 Years After Social Transition. *Pediatrics, 150*(2), e2021056082. https://doi.org/10.1542/peds.2021-056082

Olson, K. R., & Enright, E. A. (2017). Do transgender children (gender) stereotype less than their peers and siblings? *Developmental Science.* https://doi.org/10/ggjmdz

Olson, K. R., Key, A. C., & Eaton, N. R. (2015). Gender Cognition in Transgender Children. *Psychological Science, 26*(4), 467–474. https://doi.org/10/f69rjt

Olson-Kennedy, J., Okonta, V., Clark, L. F., & Belzer, M. (2018). Physiologic response to gender-affirming hormones among transgender youth. *Journal of Adolescent Health, 62*(4), 397–401. https://doi.org/10/gc9k8p

Olson-Kennedy, J., Warus, J., Okonta, V., Belzer, M., & Clark, L. F. (2018). Chest Reconstruction and Chest Dysphoria in Transmasculine Minors and Young Adults: Comparisons of Nonsurgical and Postsurgical Cohorts. *JAMA Pediatrics, 172*(5), 431–436. https://doi.org/10/ggsjzd

Olyslager, F., & Conway, L. (2008). Transseksualiteit komt vaker voor dan u denkt. Een nieuwe kijk op de prevalentie van transseksualiteit in Nederland en België, 2(11).

Oommen-Halbach, A., & Fangerau, H. (2019). Selbstbestimmung von Kindern in der Medizin. In J. Drerup & G. Schweiger (Hrsg.), *Handbuch Philosophie der Kindheit* (S. 274–281). J.B. Metzler. https://doi.org/10.1007/978-3-476-04745-8_35

Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. (2011). The Oxford Levels of Evidence 2.

Pang, K. C., De Graaf, N. M., Chew, D., Hoq, M., Keith, D. R., Carmichael, P., & Steensma, T. D. (2020). Association of Media Coverage of Transgender and Gender Diverse Issues With Rates of Referral of Transgender Children and Adolescents to Specialist Gender Clinics in the UK and Australia. *JAMA Network Open, 3*(7), e2011161. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.11161

Pang, K. C., Hoq, M., & Steensma, T. D. (2022). Negative Media Coverage as a Barrier to Accessing Care for Transgender Children and Adolescents. *JAMA Network Open, 5*(2), e2138623. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.38623

Pariseau, E. M., Chevalier, L., Long, K. A., Clapham, R., Edwards-Leeper, L., & Tishelman, A. C. (2019). The relationship between family acceptance-rejection and transgender youth psychosocial functioning. *Clinical Practice in Pediatric Psychology, 7*(3), 267–277. https://doi.org/10.1037/cpp0000291

Pauli, D., Günthard, M., Schenker, T., Flütsch, N., Ball, J., Häberling, I., & Berger, G. (2020). Zürcher Sprechstunde für Jugendliche mit Genderdysphorie – erste Verlaufsergebnisse. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 69*(6), 570–589. https://doi.org/10.13109/prkk.2020.69.6.570

Perez-Brumer, A., Day, J. K., Russell, S. T., & Hatzenbuehler, M. L. (2017). Prevalence and Correlates of Suicidal Ideation Among Transgender Youth in California: Findings From a Representative, Population-Based Sample of High School Students. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 56*(9), 739–746. https://doi.org/10/gbv7s8

Perl, L., Segev-Becker, A., Israeli, G., Elkon-Tamir, E., & Oren, A. (2020). Blood Pressure Dynamics After Pubertal Suppression with Gonadotropin-Releasing Hormone Analogs Followed by Testosterone Treatment in Transgender Male Adolescents: A Pilot Study. *LGBT Health, 7*(6), 340–344. https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0026

Peterson, C. M., Matthews, A., Copps-Smith, E., & Conard, L. A. (2017). Suicidality, Self-Harm, and Body Dissatisfaction in Transgender Adolescents and Emerging Adults with Gender Dysphoria. *Suicide & Life-Threatening Behavior, 47*(4), 475–482. https://doi.org/10/ggjmw8

Poteat, T., German, D., & Kerrigan, D. (2013). Managing uncertainty: A grounded theory of stigma in transgender health care encounters. *Social Science & Medicine, 22–29.*

Preuss, W. F. (2021). *Geschlechtsdysphorie, Transidentität und Transsexualität im Kindes- und Jugendalter* (3. überarbeitete Auflage). Reinhardt Verlag.

Quindeau, I. (2014a). Geschlechtsidentitätsentwicklung jenseits starrer Zweigeschlechtlichkeit. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 63*(6), 437–448. https://doi.org/10.13109/prkk.2014.63.6.437

Quindeau, I. (2014b). *Sexualität*. Psychosozial-Verlag.

Quindeau, I. (2014c). [The development of gender identity beyond rigid dichotomy]. [German]. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 63*(6), 437–448.

Quindeau, I. (2019). Freuds Bisexualität im Lichte der fluiden Geschlechtsidentität: *Kinderanalyse, 27*(01), 21–38. https://doi.org/10.21706/ka-27-1-21

Quinn, G. P., Tishelman, A. C., Chen, D., & Nahata, L. (2021). Reproductive health risks and clinician practices with gender diverse adolescents and young adults. *Andrology, 9*(6), 1689–1697. https://doi.org/10.1111/andr.13026

Quinn, V. P., Nash, R., Hunkeler, E., Contreras, R., Cromwell, L., Becerra-Culqui, T. A., Getahun, D., Giammattei, S., Lash, T. L., Millman, A., Robinson, B., Roblin, D., Silverberg, M. J., Slovis, J., Tangpricha, V., Tolsma, D., Valentine, C., Ward, K., Winter, S., & Goodman, M. (2017). Cohort profile: Study of Transition, Outcomes and Gender (STRONG) to assess health status of transgender people. *BMJ Open, 7*(12), e018121. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018121

Rafferty, J., COMMITTEE ON PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF CHILD AND FAMILY HEALTH, COMMITTEE ON ADOLESCENCE, SECTION ON LESBIAN, GAY, BISEXUAL, AND TRANSGENDER HEALTH AND WELLNESS, Yogman, M., Baum, R., Gambon, T. B., Lavin, A., Mattson, G., Wissow, L. S., Breuner, C., Alderman, E. M., Grubb, L. K., Powers, M. E., Upadhya, K., Wallace, S. B., Hunt, L., Gearhart, A. T., Harris, C., … Sherer, I. M. (2018). Ensuring Comprehensive Care and Support for Transgender and Gender-Diverse Children and Adolescents. *Pediatrics, 142*(4), e20182162. https://doi.org/10.1542/peds.2018-2162

Rajkumar, R. P. (2014). Gender Identity Disorder and Schizophrenia: Neurodevelopmental Disorders with Common Causal Mechanisms? *Schizophrenia Research and Treatment, 2014*, 463757. https://doi.org/10.1155/2014/463757

Rametti, G., Carrillo, B., Gómez-Gil, E., Junque, C., Segovia, S., Gomez, Á., & Guillamon, A. (2011). White matter microstructure in female to male transsexuals before cross-sex hormonal treatment. A diffusion tensor imaging study. *Journal of Psychiatric Research, 45*(2), 199–204. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.05.006

Rametti, G., Carrillo, B., Gómez-Gil, E., Junque, C., Zubiarre-Elorza, L., Segovia, S., Gomez, Á., & Guillamon, A. (2011). The microstructure of white matter in male to female transsexuals before cross-sex hormonal treatment. A DTI study. *Journal of Psychiatric Research, 45*(7), 949–954. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.11.007

Rametti, G., Carrillo, B., Gómez-Gil, E., Junque, C., Zubiaurre-Elorza, L., Segovia, S., Gomez, A., Karadi, K., & Guillamon, A. (2012). Effects of androgenization on the white matter microstructure of female-to-male transsexuals. A diffusion tensor imaging study. *Psychoneuroendocrinology, 37*(8), 1261–1269. https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2011.12.019

RANZCP, R. A. and N. Z. C. of P. (2021). Recognising and addressing the mental health needs of people experiencing Gender Dysphoria / Gender Incongruence. https://www.ranzcp.org/clinical-guidelines-publications/clinical-guidelines-publications-library/recognising-and-addressing-the-mental-health-needs-of-people-experiencing-gender-dysphoria

Rauchfleisch, U. (2021). *Sexuelle Orientierungen und Geschlechtsentwicklungen im Kindes- und Jugendalter*. Kohlhammer Verlag.

Rawee, P., Rosmalen, J. G. M., Kalverdijk, L., & Burke, S. M. (2024). Development of Gender Non-Contentedness During Adolescence and Early Adulthood. *Archives of Sexual Behavior, 53*(5), 1813–1825. https://doi.org/10.1007/s10508-024-02817-5

Reisner, S. L., Vetters, R., Leclerc, M., Zaslow, S., Wolfrum, S., Shumer, D., & Mimiaga, M. J. (2015). Mental health of transgender youth in care at an adolescent urban community health center: A matched retrospective cohort study. *The Journal Of Adolescent Health: Official Publication Of The Society For Adolescent Medicine, 56*(3), 274–279. https://doi.org/10/gdcg8c

Ristori, J., & Steensma, T. D. (2016). Gender dysphoria in childhood. *International Review Of Psychiatry (Abingdon, England), 28*(1), 13–20. https://doi.org/10/gf75d7

Rixen, S. (2020). Kapitel 10: Gesundheitsrecht Stephan Rixen. In I. Richter, L. Krappmann, & F. Wapler (Hrsg.), *Kinderrechte* (S. 331–344). Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG. https://doi.org/10.5771/9783845296005-331

Roberts, C. M., Klein, D. A., Adirim, T. A., Schvey, N. A., & Hisle-Gorman, E. (2022). Continuation of Gender-affirming Hormones Among Transgender Adolescents and Adults. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 107*(9), e3937–e3943. https://doi.org/10.1210/clinem/dgac251

Röder, M., Barkmann, C., Richter-Appelt, H., Schulte-Markwort, M., Ravens-Sieberer, U., & Becker, I. (2018). Health-related quality of life in transgender adolescents: Associations with body image and emotional and behavioral problems. *International Journal of Transgenderism, 19*(1), 78–91. https://doi.org/10/gf8g8z

Rölver, A., Föcker, M., & Romer, G. (2022). Desisting from gender dysphoria after 1.5 years of puberty suppression: A case report. *Psychiatry Research Case Reports, 1*(2), 100049. https://doi.org/10.1016/j.psycr.2022.100049

Romer, G., & Möller, B. (2020a). Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Jugendalter. *Ärztliche Psychotherapie, 15*(2), 87–94. https://doi.org/10/ggtvm8

Romer, G., & Möller, B. (2020b). Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Jugendalter: Aktuelle Paradigmenwechsel und Herausforderungen für die psychotherapeutische Praxis. *Ärztliche Psychotherapie, 15*(2), 87–94. https://doi.org/10.21706/aep-15-2-87

Rossman, K., Salamanca, P., & Macapagal, K. (2017). A Qualitative Study Examining Young Adults' Experiences of Disclosure and Nondisclosure of LGBTQ Identity to Health Care Providers. *Journal of Homosexuality, 64*(10), 1390–1410. https://doi.org/10/gf97zb

Ross-Reed, D. E., Reno, J., Peñaloza, L., Green, D., & FitzGerald, C. (2019). Family, school, and peer support are associated with rates of violence victimization and self-harm among gender minority and cisgender youth. *Journal of Adolescent Health, 65*(6), 776–783. https://doi.org/10/gg3t7h

Rothärmel, S. (2004). *Einwilligung, Veto, Mitbestimmung: Die Geltung der Patientenrechte für Minderjährige (1. Aufl)*. Nomos-Verl.-Ges.

Ruhrmann, G. (2017). Diskriminierung in den Medien. In A. Scherr, A. El-Mafaalani, & G. Yüksel (Hrsg.), *Handbuch Diskriminierung* (S. 367–385). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-10976-9_20

Russell, S. T. (2003). Sexual minority youth and suicide risk. *American Behavioral Scientist, 46*(9), 1241–1257. https://doi.org/10/fskh4d

Ruuska, S.-M., Tuisku, K., Holttinen, T., & Kaltiala, R. (2024). All-cause and suicide mortalities among adolescents and young adults who contacted specialised gender identity services in Finland in 1996–2019: A register study. *BMJ Ment Health, 27*(1). https://doi.org/10.1136/bmjment-2023-300940

Ryan, C., Russell, S. T., Huebner, D., Diaz, R., & Sanchez, J. (2010). Family Acceptance in Adolescence and the Health of LGBT Young Adults. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 23*(4), 205–213. https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2010.00246.x

Safer, J. D., & Pearce, E. N. (2013). A Simple Curriculum Content Change Increased Medical Student Comfort with Transgender Medicine. *Endocrine Practice, 19*(4), 633–637. https://doi.org/10.4158/EP13014.OR

Saleem, F., & Rizvi, S. W. (o. J.). Transgender Associations and Possible Etiology: A Literature Review. *Cureus, 9*(12), e1984. https://doi.org/10.7759/cureus.1984

Sauer, A. T., & Meyer, E. (with Bundesvereinigung Trans* e.V). (2016). Wie ein grünes Schaf in einer weißen Herde: Lebenssituationen und Bedarfe von jungen Trans*-Menschen in Deutschland: Forschungsbericht zu „TRANS* – JA UND?!“ als gemeinsames Jugendprojekt des Bundesverbands Trans* (BVT*) e.V.i.G. und des Jugendnetzwerks Lambda e.V. Bundesverband Trans*.

Savic, I., & Arver, S. (2011). Sex Dimorphism of the Brain in Male-to-Female Transsexuals. *Cerebral Cortex, 21*(11), 2525–2533. https://doi.org/10.1093/cercor/bhr032

Schaaf, S. (2019). „Es werden immer mehr ...!“—Zur Situation transidenter/transsexueller Menschen in Deutschland: Dokumentation Ergänzungsausweis und Bestandsanalyse über den Zeitraum von 1999-2016. dgti e.V. https://dgti.org/wp-content/uploads/2023/06/Es_werden_immer_mehr_dgti_EA_22_10_2019_V4.pdf

Schagen, S. E. E., Cohen-Kettenis, P. T., Delemarre-van de Waal, H. A., & Hannema, S. E. (2016). Efficacy and Safety of Gonadotropin-Releasing Hormone Agonist Treatment to Suppress Puberty in Gender Dysphoric Adolescents. *The Journal of Sexual Medicine, 13*(7), 1125–1132. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.05.004

Schagen, S. E. E., Wouters, F. M., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L. J., & Hannema, S. E. (2020). Bone Development in Transgender Adolescents Treated With GnRH Analogues and Subsequent Gender-Affirming Hormones. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 105*(12), e4252–e4263. https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa604

Schickhardt, C. (2016). *Kinderethik: Der moralische Status und die Rechte der Kinder (Zweite, korrigierte und ergänzte Auflage)*. mentis.

Schneider, C., Cerwenka, S., Nieder, T. O., Briken, P., Cohen-Kettenis, P. T., De Cuypere, G., Haraldsen, I. R., Kreukels, B. P. C., & Richter-Appelt, H. (2016). Measuring Gender Dysphoria: A Multicenter Examination and Comparison of the Utrecht Gender Dysphoria Scale and the Gender Identity/Gender Dysphoria Questionnaire for Adolescents and Adults. *Archives of Sexual Behavior, 45*(3), 551–558. https://doi.org/10.1007/s10508-016-0702-x

Schneider, H. J., Pickel, J., & Stalla, G. K. (2006). Typical female 2nd-4th finger length (2D:4D) ratios in male-to-female transsexuals—possible implications for prenatal androgen exposure. *Psychoneuroendocrinology, 31*(2), 265–269. https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2005.07.005

Schulmeister, C., Millington, K., Kaufman, M., Finlayson, C., Kennedy, J. O.-, Garofalo, R., Chan, Y.-M., & Rosenthal, S. M. (2022). Growth in Transgender/Gender-Diverse Youth in the First Year of Treatment With Gonadotropin-Releasing Hormone Agonists. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine, 70*(1), 108–113. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.06.022

Seal, L. J. (2007). The practical management of hormonal treatment in adults with gender dysphoria. In *Transsexual and Other Disorders of Gender Identity*. CRC Press.

Segev-Becker, A., Israeli, G., Elkon-Tamir, E., Perl, L., Sekler, O., Amir, H., Interator, H., Dayan, S. C., Chorna, E., Weintrob, N., & Oren, A. (2020). Children and Adolescents with Gender Dysphoria in Israel: Increasing Referral and Fertility Preservation Rates. *Endocrine Practice, 26*(4), 423–428. https://doi.org/10.4158/EP-2019-0418

Seiffge-Krenke, I. (2021). *Die Jugendlichen und ihre Suche nach dem neuen Ich: Identitätsentwicklung in der Adoleszenz* (2., aktualisierte Auflage). Verlag W. Kohlhammer.

Sharek, D., Huntley-Moore, S., & McCann, E. (2018). Education Needs of Families of Transgender Young People: A Narrative Review of International Literature. *Issues in Mental Health Nursing, 39*(1), 59–72. https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1395500

Sherer, I. (2013). Review of *The transgender child: A handbook for families and professionals*. [Psychosocial & Personality Development [2840]]. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*.

Shields, J. P., Cohen, R., Glassman, J. R., Whitaker, K., Franks, H., & Bertolini, I. (2013). Estimating Population Size and Demographic Characteristics of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth in Middle School. *Journal of Adolescent Health, 52*(2), 248–250. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.06.016

Shiffman, M., VanderLaan, D. P., Wood, H., Hughes, S. K., Owen-Anderson, A., Lumley, M. M., Lollis, S. P., & Zucker, K. J. (2016). Behavioral and emotional problems as a function of peer relationships in adolescents with gender dysphoria: A comparison with clinical and nonclinical controls. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 3*(1), 27–36. https://doi.org/10/gf8vrx

Shires, D. A., & Jaffee, K. (2015). Factors associated with health care discrimination experiences among a national sample of female-to-male transgender individuals. *Health & Social Work, 40*(2), 134–141. https://doi.org/10/f7csxv

Siedenbiedel, M. (2016). *Selbstbestimmung über das eigene Geschlecht: Rechtliche Aspekte des Behandlungswunsches transsexueller Minderjähriger*. Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG. https://doi.org/10.5771/9783845276922

Sievert, E. D., Schweizer, K., Barkmann, C., Fahrenkrug, S., & Becker-Hebly, I. (2021). Not social transition status, but peer relations and family functioning predict psychological functioning in a German clinical sample of children with Gender Dysphoria. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 26*(1), 79–95. https://doi.org/10.1177/1359104520964530

Simons, L., Schrager, S. M., Clark, L. F., Belzer, M., & Olson, J. (2013). Parental Support and Mental Health Among Transgender Adolescents. *Journal of Adolescent Health, 53*(6), 791–793. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.07.019

Singh, D. (2012). A follow-up study of boys with gender identity disorder. (2014-99040-406) [ProQuest Information & Learning]. psyh. http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2014-99040-406&lang=de&site=ehost-live

Skagerberg, E., Davidson, S., & Carmichael, P. (2013). Internalizing and externalizing behaviors in a group of young people with gender dysphoria. *International Journal of Transgenderism, 14*(3), 105–112. https://doi.org/10.1080/15532739.2013.822340

Skagerberg, E., Di Ceglie, D., & Carmichael, P. (2015). Brief Report: Autistic Features in Children and Adolescents with Gender Dysphoria. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 45*(8), 2628–2632. https://doi.org/10/f7ktnj

Skagerberg, E., Parkinson, R., & Carmichael, P. (2013). Self-harming thoughts and behaviors in a group of children and adolescents with gender dysphoria. *International Journal of Transgenderism, 14*(2), 86–92. https://doi.org/10.1080/15532739.2013.817321

Skordis, N., Kyriakou, A., Dror, S., Mushailov, A., & Nicolaides, N. C. (2020). Gender dysphoria in children and adolescents: An overview. *Hormones (Athens, Greece), 19*(3), 267–276. https://doi.org/10.1007/s42000-020-00174-1

Smith, Y. L., van Goozen, S. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2001). Adolescents with gender identity disorder who were accepted or rejected for sex reassignment surgery: A prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40*(4), 472–481. https://doi.org/10/fwkf6m

Snelgrove, J. W., Jasudavisius, A. M., Rowe, B. W., Head, E. M., & Bauer, G. R. (2012). "Completely out-at-sea" with "two-gender medicine": A qualitative analysis of physician-side barriers to providing healthcare for transgender patients. *BMC Health Services Research.* https://doi.org/10/gb35zp

Socialstyrelsen. (2022). *Vård av barn och ungdomar med könsdysfori.* In Bilaga Till Nationellt Kunskapsstöd Med Rekommendationer Till Profession Och Beslutsfattare. https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2022-12-8302-kunskapsunderlag-med-metodbeskrivning.pdf

Sonnenblick, E. B., Shah, A. D., Goldstein, Z., & Reisman, T. (2018). Breast Imaging of Transgender Individuals: A Review. *Current Radiology Reports, 6*(1), 1. https://doi.org/10.1007/s40134-018-0260-1

Sood, R., Chen, D., Muldoon, A. L., Chen, L., Kwasny, M. J., Simons, L. K., Gangopadhyay, N., Corcoran, J. F., & Jordan, S. W. (2021). Association of Chest Dysphoria With Anxiety and Depression in Transmasculine and Nonbinary Adolescents Seeking Gender-Affirming Care. *Journal of Adolescent Health, 68*(6), 1135–1141. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.02.024

Spack, N. P. (2013). Management of transgenderism. *JAMA, 309*(5), 478–484. https://doi.org/10.1001/jama.2012.165234

Spack, N. P., Edwards-Leeper, L., Feldman, H. A., Leibowitz, S., Mandel, F., Diamond, D. A., & Vance, S. R. (2012). Children and adolescents with gender identity disorder referred to a pediatric medical center. *Pediatrics, 129*(3), 418–425. https://doi.org/10/gdchcm

Sperber, J., Landers, S., & Lawrence, S. (2005). Access to Health Care for Transgendered Persons: Results of a Needs Assessment in Boston. *International Journal of Transgenderism, 8*(2–3), 75–91. https://doi.org/10/b8gw9g

Spizzirri, G., Eufrásio, R., Lima, M. C. P., De Carvalho Nunes, H. R., Kreukels, B. P. C., Steensma, T. D., & Abdo, C. H. N. (2021). Proportion of people identified as transgender and non-binary gender in Brazil. *Scientific Reports, 11*(1), 2240. https://doi.org/10.1038/s41598-021-81411-4

Staphorsius, A. S., Kreukels, B. P. C., Cohen-Kettenis, P. T., Veltman, D. J., Burke, S. M., Schagen, S. E. E., Wouters, F. M., Delemarre-van de Waal, H. A., & Bakker, J. (2015). Puberty suppression and executive functioning: An fMRI-study in adolescents with gender dysphoria. *Psychoneuroendocrinology, 56*, 190–199. https://doi.org/10/f7b98q

Statistics Canada. (2022). *Census of population Canada.* https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220427/dq220427b-eng.htm

Statistisches Bundesamt. (2023). *Operationen für Geschlechtsumwandlungen in Deutschland in den Jahren 2012 bis 2022.* https://de.statista.com/statistik/daten/studie/272600/umfrage/anzahl-von-operationen-fuer-geschlechtsumwandlungen-in-deutschland/

Steensma, T. D., Biemond, R., de Boer, F., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry.* https://doi.org/10/c88dv2

Steensma, T. D., Biemond, R., De Boer, F., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 16*(4), 499–516. https://doi.org/10.1177/1359104510378303

Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2018). A critical commentary on “A critical commentary on follow-up studies and ‘desistence’ theories about transgender and gender non-conforming children”. *International Journal of Transgenderism, 19*(2), 225–230. https://doi.org/10/ggvs9n

Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P. T., & Zucker, K. J. (2018). Evidence for a Change in the Sex Ratio of Children Referred for Gender Dysphoria: Data from the Center of Expertise on Gender Dysphoria in Amsterdam (1988–2016). *Journal of Sex & Marital Therapy, 44*(7), 713–715. https://doi.org/10.1080/0092623X.2018.1437580

Steensma, T. D., McGuire, J. K., Kreukels, B. P. C., Beekman, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Factors associated with desistence and persistence of childhood gender dysphoria: A quantitative follow-up study. *Journal Of The American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry, 52*(6), 582–590. https://doi.org/10/f2xkcz

Steensma, T. D., Zucker, K. J., Kreukels, B. P. C., VanderLaan, D. P., Wood, H., Fuentes, A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2014). Behavioral and emotional problems on the Teacher’s Report Form: A cross-national, cross-clinic comparative analysis of gender dysphoric children and adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology, 42*(4), 635–647. https://doi.org/10/f5xxd5

Stoller, R. J. (1994). *Sex and Gender: The Development of Masculinity and Femininity* (1st ed.). Routledge. https://doi.org/10.4324/9780429479915

Strang, J. F., Chen, D., Nelson, E., Leibowitz, S. F., Nahata, L., Anthony, L. G., Song, A., Grannis, C., Graham, E., Henise, S., Vilain, E., Sadikova, E., Freeman, A., Pugliese, C., Khawaja, A., Maisashvili, T., Mancilla, M., & Kenworthy, L. (2022). Transgender Youth Executive Functioning: Relationships with Anxiety Symptoms, Autism Spectrum Disorder, and Gender-Affirming Medical Treatment Status. *Child Psychiatry and Human Development, 53*(6), 1252–1265. https://doi.org/10.1007/s10578-021-01195-6

Strang, J. F., Kenworthy, L., Dominska, A., Sokoloff, J., Kenealy, L. E., Berl, M., Walsh, K., Menvielle, E., Slesaransky-Poe, G., Kim, K.-E., Luong-Tran, C., Meagher, H., & Wallace, G. L. (2014). Increased gender variance in autism spectrum disorders and attention deficit hyperactivity disorder. *Archives Of Sexual Behavior, 43*(8), 1525–1533. https://doi.org/10/f6mqpv

Strang, J. F., Klomp, S. E., Caplan, R., Griffin, A. D., Anthony, L. G., Harris, M. C., Graham, E. K., Knauss, M., & Van Der Miesen, A. I. R. (2019). Community-based participatory design for research that impacts the lives of transgender and/or gender-diverse autistic and/or neurodiverse people. *Clinical Practice in Pediatric Psychology, 7*(4), 396–404. https://doi.org/10.1037/cpp0000310

Strauss, P., Cook, A., Winter, S., Watson, V., Wright Toussaint, D., & Lin, A. (2017). *Trans Pathways: The mental health experiences and care pathways of trans young people. Summary of results.* Telethon Kids Institute, Perth, Australia.

Strauss, P., Cook, A., Winter, S., Watson, V., Wright Toussaint, D., & Lin, A. (2020). Associations between negative life experiences and the mental health of trans and gender diverse young people in Australia: Findings from Trans Pathways. *Psychological Medicine, 50*(5), 808–817. https://doi.org/10.1017/S0033291719000643

Surace, T., Fusar-Poli, L., Vozza, L., Cavone, V., Arcidiacono, C., Mammano, R., Basile, L., Rodolico, A., Bisicchia, P., Caponnetto, P., Signorelli, M. S., & Aguglia, E. (2020). Lifetime prevalence of suicidal ideation and suicidal behaviors in gender non-conforming youths: A meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry.* https://doi.org/10/gg3t7p

Swaab, D. F. (2004). Sexual differentiation of the human brain: Relevance for gender identity, transsexualism and sexual orientation. *Gynecological Endocrinology: The Official Journal of the International Society of Gynecological Endocrinology, 19*(6), 301–312. https://doi.org/10.1080/09513590400018231

Tack, L. J. W., Craen, M., Dhondt, K., Vanden Bossche, H., Laridaen, J., & Cools, M. (2016). Consecutive lynestrenol and cross-sex hormone treatment in biological female adolescents with gender dysphoria: A retrospective analysis. *Biology of Sex Differences, 7*, 14. https://doi.org/10.1186/s13293-016-0067-9

Tack, L. J. W., Craen, M., Lapauw, B., Goemaere, S., Toye, K., Kaufman, J.-M., Vandewalle, S., T'Sjoen, G., Zmierczak, H.-G., & Cools, M. (2018). Proandrogenic and Antiandrogenic Progestins in Transgender Youth: Differential Effects on Body Composition and Bone Metabolism. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 103*(6), 2147–2156. https://doi.org/10.1210/jc.2017-02316

Tack, L. J. W., Heyse, R., Craen, M., Dhondt, K., Bossche, H. V., Laridaen, J., & Cools, M. (2017). Consecutive Cyproterone Acetate and Estradiol Treatment in Late-Pubertal Transgender Female Adolescents. *The Journal of Sexual Medicine, 14*(5), 747–757. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.03.251

Taliaferro, L. A., McMorris, B. J., & Eisenberg, M. E. (2018). Connections that moderate risk of non-suicidal self-injury among transgender and gender non-conforming youth. *Psychiatry Research, 268*, 65–67. https://doi.org/10/gfdtgj

Tangpricha, V., & den Heijer, M. (2017). Oestrogen and anti-androgen therapy for transgender women. *The Lancet. Diabetes & Endocrinology, 5*(4), 291–300. https://doi.org/10.1016/S2213-8587(16)30319-9

Taylor, J., Mitchell, A., Hall, R., Heathcote, C., Langton, T., Fraser, L., & Hewitt, C. E. (2024). Interventions to suppress puberty in adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: A systematic review. *Archives of Disease in Childhood.* https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326669

Taylor, J., Mitchell, A., Hall, R., Langton, T., Fraser, L., & Hewitt, C. E. (2024). Masculinising and feminising hormone interventions for adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: A systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, archdischild-2023-326670. https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326670

Taziaux, M., Swaab, D. F., & Bakker, J. (2012). Sex differences in the neurokinin B system in the human infundibular nucleus. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 97(12), E2210-2220. https://doi.org/10.1210/jc.2012-1554

Temple Newhook, J., Pyne, J., Winters, K., Feder, S., Holmes, C., Tosh, J., Sinnott, M.-L., Jamieson, A., & Pickett, S. (2018). A critical commentary on follow-up studies and "desistance" theories about transgender and gender-nonconforming children. *International Journal of Transgenderism*, 19(2), 212–224. https://doi.org/10/gfvks5

Than, S., Kharbanda, M., Chitnis, V., Bakshi, S., Gregersen, P. K., & Pahwa, S. (1999). Clonal dominance patterns of CD8 T cells in relation to disease progression in HIV-infected children. *Journal of Immunology*, 162(6), Article 6. https://doi.org/10.4049/jimmunol.162.6.3680

Thrower, E., Bretherton, I., Pang, K. C., Zajac, J. D., & Cheung, A. S. (2020). Prevalence of Autism Spectrum Disorder and Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Amongst Individuals with Gender Dysphoria: A Systematic Review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(3), 695–706. https://doi.org/10.1007/s10803-019-04298-1

Toomey, R. B., Ryan, C., Diaz, R. M., Card, N. A., & Russell, S. T. (2010). Gender-nonconforming lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: School victimization and young adult psychosocial adjustment. *Developmental Psychology*, 46(6), 1580–1589. https://doi.org/10/cckg4r

Tordoff, D. M., Wanta, J. W., Collin, A., Stepney, C., Inwards-Breland, D. J., & Ahrens, K. (2022). Mental Health Outcomes in Transgender and Nonbinary Youths Receiving Gender-Affirming Care. *JAMA Network Open*, 5(2), e220978. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.0978

Travers, R., Bauer, G., Pyne, J., Bradley, K., Gale, L., & Papadimitriou, M. (2012a). Impacts of Strong Parental Support for Trans Youth. *Trans PULSE*.

Travers, R., Bauer, G., Pyne, J., Bradley, K., Gale, L., & Papadimitriou, M. (2012b, October 2). Impacts of Strong Parental Support for Trans Youth: A report prepared for Children's Aid Society of Toronto and Delisle Youth Services. *Trans PULSE*. https://transpulseproject.ca/wp-content/uploads/2012/10/Impacts-of-Strong-Parental-Support-for-Trans-Youth-vFINAL.pdf

T'Sjoen, G., Arcelus, J., De Vries, A. L. C., Fisher, A. D., Nieder, T. O., Özer, M., & Motmans, J. (2020). European Society for Sexual Medicine Position Statement "Assessment and Hormonal Management in Adolescent and Adult Trans People, with Attention for Sexual Function and Satisfaction". *The Journal of Sexual Medicine*, 17(4), 570–584. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.01.012

Turban, J. L., King, D., Carswell, J. M., & Keuroghlian, A. S. (2020). Pubertal Suppression for Transgender Youth and Risk of Suicidal Ideation. *Pediatrics*, 145(2), e20191725. https://doi.org/10.1542/peds.2019-1725

Turban, J. L., King, D., Kobe, J., Reisner, S. L., & Keuroghlian, A. S. (2022). Access to gender-affirming hormones during adolescence and mental health outcomes among transgender adults. *PLOS ONE*, 17(1), e0261039. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261039

Turban, J. L., King, D., Li, J. J., & Keuroghlian, A. S. (2021). Timing of Social Transition for Transgender and Gender Diverse Youth, K-12 Harassment, and Adult Mental Health Outcomes. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 69(6), 991–998. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.06.001

UNICEF. (2022). UNICEF. Die UN-Kinderrechtskonvention Regelwerk zum Schutz der Kinder weltweit. https://www.unicef.de/informieren/ueber-uns/fuer-kinderrechte/un-kinderrechtskonvention

United Nations. (1990). Convention on the Rights of the Child. https://treaties.un.org/pages/ShowMTDSGDetails.aspx?src=UNTSONLINE&tabid=2&mtdsg_no=IV-11&chapter=4&lang=en#Participants

Valentine, A., Nokoff, N., Bonny, A., Chelvakumar, G., Indyk, J., Leibowitz, S., & Nahata, L. (2021). Cardiometabolic Parameters Among Transgender Adolescent Males on Testosterone Therapy and Body Mass Index-Matched Cisgender Females. *Transgender Health*, 6(6), 369–373. https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0052

van Beijsterveldt, C. E. M., Hudziak, J. J., & Boomsma, D. I. (2006). Genetic and environmental influences on cross-gender behavior and relation to behavior problems: A study of dutch twins at ages 7 and 10 years. *Archives of Sexual Behavior*, 35(6), 647–658. https://doi.org/10/fngtpw

van Caenegem, E., Wierckx, K., Elaut, E., Buysse, A., Dewaele, A., Van Nieuwerburgh, F., De Cuypere, G., & T'Sjoen, G. (2015). Prevalence of gender nonconformity in Flanders, Belgium. *Archives of Sexual Behavior*, 44(5), 1281–1287. https://doi.org/10/f7gb7p

van de Grift, T. C., van Gelder, Z. J., Mullender, M. G., Steensma, T. D., de Vries, A. L. C., & Bouman, M.-B. (2020). Timing of Puberty Suppression and Surgical Options for Transgender Youth. *Pediatrics*, 146(5), e20193653. https://doi.org/10.1542/peds.2019-3653

van der Loos, M. A. T. C., Hannema, S. E., Klink, D. T., den Heijer, M., & Wiepjes, C. M. (2022). Continuation of gender-affirming hormones in transgender people starting puberty suppression in adolescence: A cohort study in the Netherlands. *The Lancet. Child & Adolescent Health*, 6(12), 869–875. https://doi.org/10.1016/S2352-4642(22)00254-1

van der Loos, M. A. T. C., Vlot, M. C., Klink, D. T., Hannema, S. E., den Heijer, M., & Wiepjes, C. M. (2023). Bone Mineral Density in Transgender Adolescents Treated With Puberty Suppression and Subsequent Gender-Affirming Hormones. *JAMA Pediatrics*, 177(12), 1332–1341. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2023.4588

van der Miesen, A. I. R., de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., & Hartman, C. A. (2018). Autistic symptoms in children and adolescents with gender dysphoria. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(5), 1537–1548. https://doi.org/10/gdcw8v

van Der Miesen, A. I. R., Hurley, H., & De Vries, A. L. C. (2016). Gender dysphoria and autism spectrum disorder: A narrative review. *International Review Of Psychiatry (Abingdon, England)*, 28(1), 70–80. https://doi.org/10/ggjmzt

van der Miesen, A. I. R., Steensma, T. D., de Vries, A. L. C., Bos, H., & Popma, A. (2020). Psychological Functioning in Transgender Adolescents Before and After Gender-Affirmative Care Compared With Cisgender General Population Peers. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 66(6), 699–704. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.12.018

van Vlerken, R. H. T., Fuchs, C. E., & Van Der Miesen, A. I. R. (2020). Caring for Transgender and Gender Diverse Youth with Co-occurring Neurodiversity. In M. Forcier, G. Van Schalkwyk, & J. L. Turban (Eds.), *Pediatric Gender Identity* (pp. 137–148). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-38909-3_10

Vance, S. R., Jr, Ehrensaft, D., & Rosenthal, S. M. (2014). Psychological and medical care of gender nonconforming youth. *Pediatrics*, 134(6), 1184–1192. https://doi.org/10/gftvsn

Vandenbussche, E. (2021). Detransition-Related Needs and Support: A Cross-Sectional Online Survey. *Journal of Homosexuality*, 69(9), 1602–1620. https://doi.org/10.1080/00918369.2021.1919479

Veale, J. F., Peter, T., Travers, R., & Saewyc, E. M. (2017a). Enacted Stigma, Mental Health, and Protective Factors Among Transgender Youth in Canada. *Transgender Health*, 2(1), 207–216. https://doi.org/10/gcqvh2

Veale, J. F., Peter, T., Travers, R., & Saewyc, E. M. (2017b). Enacted Stigma, Mental Health, and Protective Factors Among Transgender Youth in Canada. *Transgender Health*, 2(1), 207–216. https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0031

Veale, J. F., Watson, R. J., Peter, T., & Saewyc, E. M. (2017). Mental Health Disparities Among Canadian Transgender Youth. *The Journal Of Adolescent Health: Official Publication Of The Society For Adolescent Medicine*, 60(1), 44–49. https://doi.org/10/f9vk22

Vereinte Nationen. (1989). Konvention über die Rechte des Kindes. https://www.kinderrechtskonvention.info/

Vlot, M. C., Klink, D. T., den Heijer, M., Blankenstein, M. A., Rotteveel, J., & Heijboer, A. C. (2017). Effect of pubertal suppression and cross-sex hormone therapy on bone turnover markers and bone mineral apparent density (BMAD) in transgender adolescents. *Bone*, 95, 11–19. https://doi.org/10/f9ncmb

Vrouenraets, L. J. J. J., Fredriks, A. M., Hannema, S. E., Cohen-Kettenis, P. T., & de Vries, M. C. (2016). Perceptions of sex, gender, and puberty suppression: A qualitative analysis of transgender youth. *Archives of Sexual Behavior*, 45(7), 1697–1703. https://doi.org/10/f8zbwg

Wallien, M. S. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Psychosexual Outcome of Gender-Dysphoric Children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(12), 1413–1423. https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31818956b9

Wallien, M. S. C., Swaab, H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2007). Psychiatric comorbidity among children with gender identity disorder. *Journal of the American Academy of Child*, 46(10), 1307–1314. https://doi.org/10/b8r2qf

Wanner, L., & Landsteiner, F. L. (2019). Schranken und Quadranten: Hegemoniale Diskurse und Praktiken zu Inter* und Trans* in der Psychotherapie. *Psychotherapie Forum*, 23(1–2), 67–74. https://doi.org/10.1007/s00729-019-0122-1

Wapler, F. (2015). *Kinderrechte und Kindeswohl*. Mohr Siebeck.

Warrier, V., Greenberg, D. M., Weir, E., Buckingham, C., Smith, P., Lai, M.-C., Allison, C., & Baron-Cohen, S. (2020). Elevated rates of autism, other neurodevelopmental and psychiatric diagnoses, and autistic traits in transgender and gender-diverse individuals. *Nature Communications*, 11, 3959. https://doi.org/10.1038/s41467-020-17794-1

Wattel, L. L., Walsh, R. J., & Krabbendam, L. (2022). Theories on the Link Between Autism Spectrum Conditions and Trans Gender Modality: A Systematic Review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*. https://doi.org/10.1007/s40489-022-00338-2

Weill, A., Nguyen, P., Labidi, M., Cadier, B., Passeri, T., Duranteau, L., Bernat, A.-L., Yoldjian, I., Fontanel, S., Froelich, S., & Coste, J. (2021). Use of high dose cyproterone acetate and risk of intracranial meningioma in women: Cohort study. *BMJ*, 372. https://doi.org/10.1136/bmj.n37

Wiesemann, C. (2020a). Ethisches Spannungsfeld – Kindeswohl – Kindeswillen. In A. Riedel & S. Lehmeyer (Eds.), *Ethik im Gesundheitswesen* (pp. 1–9). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-58685-3_55-1

Wiesemann, C. (2020b). Trans-Identität bei Kindern und Jugendlichen: Medizinethische Grundsätze für individuelle Behandlungsentscheidungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 69(6), 517–523. https://doi.org/10.13109/prkk.2020.69.6.517

Wiesemann, C.; Dörries, A.; Wolfslast, G.; Simon, A. (Hg.), 2003: Das Kind als Patient. Ethische Konflikte zwischen Kindeswohl und Kindeswille. Frankfurt am Main, New York: Campus Verlag (Kultur der Medizin, Band 7).

Wiesendanger, T. K. (2002). Grundlagen von Psychotherapie und Beratung bei schwulen und bisexuellen Männern. Gleich und doch anders. *Psychotherapie und Beratung von Lesben, Schwulen, Bisexuellen und ihren Angehörigen*. In U. Rauchfleisch, J. Frossard, G. Waser, K. Wiesendanger, & W. Roth (Eds.), *Gleich und doch anders. Psychotherapie und Beratung von Lesben, Schwulen, Bisexuellen und ihren Angehörigen* (pp. 104–120). Klett-Cotta.

Willemsen, L. A., Boogers, L. S., Wiepjes, C. M., Klink, D. T., van Trotsenburg, A. S. P., den Heijer, M., & Hannema, S. E. (2023). Just as Tall on Testosterone; a Neutral to Positive Effect on Adult Height of GnRHa and Testosterone in Trans Boys. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 108(2), 414–421. https://doi.org/10.1210/clinem/dgac571

William, A., & Hugh, L. (Hrsg.). (1980). *Whose Child? Children's Rights, Parental Authority and State Power* (1st edition). Rowman and Littlefield.

Wilson, E. C., Chen, Y.-H., Arayasirikul, S., Raymond, H. F., & McFarland, W. (2016). The Impact of Discrimination on the Mental Health of Trans*Female Youth and the Protective Effect of Parental Support. *AIDS And Behavior*, 20(10), 2203–2211. https://doi.org/10/f849bp

Wong, W. I., van der Miesen, A. I. R., Li, T. G. F., MacMullin, L. N., & VanderLaan, D. P. (2019). Childhood social gender transition and psychosocial well-being: A comparison to cisgender gender-variant children. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 7(3), 241–253. https://doi.org/10/ggj3f6

World Health Organization. (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision*.

World Health Organization. (2022). The global standard for diagnostic health information. *ICD-11: International Classification of Diseases, 11th Revision*. https://icd.who.int/en

World Medical Association. (2015). WMA Statement on Transgender People. https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-transgender-people/

Woweries, J. (2011). [Intersexuality: A child advocacy perspective]. [German]. *Kinderkrankenschwester*, 30(6), Article 6.

Ybarra, M. L., Mitchell, K. J., & Kosciw, J. (2015). The relation between suicidal ideation and bullying victimization in a national sample of transgender and non-transgender adolescents. In P. Goldblum, D. L. Espelage, J. Chu, & B. Bongar (Hrsg.), *Youth suicide and bullying: Challenges and strategies for prevention and intervention* (2014-22830-012; S. 134–145). Oxford University Press. http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2014-22830-012&lang=de&site=ehost-live

Zepf, F. D., König, L., Kaiser, A., Ligges, C., Ligges, M., Roessner, V., Banaschewski, T., & Holtmann, M. (2024). Beyond NICE: Aktualisierte systematische Übersicht zur Evidenzlage der Pubertätsblockade und Hormongabe bei Minderjährigen mit Geschlechtsdysphorie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 52(3), 167–187. https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000972

Zhang, Q., Goodman, M., Adams, N., Corneil, T., Hashemi, L., Kreukels, B., Motmans, J., Snyder, R., & Coleman, E. (2020). Epidemiological considerations in transgender health: A systematic review with focus on higher quality data. *International Journal of Transgender Health*, 21(2), 125–137. https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1753136

Zhang, Q., Rechler, W., Bradlyn, A., Flanders, W. D., Getahun, D., Lash, T. L., McCracken, C., Nash, R., Panagiotakopoulos, L., Roblin, D., Sandberg, D. E., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., Vupputuri, S., & Goodman, M. (2021). Changes in Size and Demographic Composition of Transgender and Gender Non-Binary Population Receiving Care at Integrated Health Systems. *Endocrine Practice*, 27(5), 390–395. https://doi.org/10.1016/j.eprac.2020.11.016

Zhou, J. N., Hofman, M. A., Gooren, L. J., & Swaab, D. F. (1995). A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. *Nature*, 378(6552), 68–70. https://doi.org/10.1038/378068a0

Zubiaurre-Elorza, L., Junque, C., Gómez-Gil, E., & Guillamon, A. (2014). Effects of cross-sex hormone treatment on cortical thickness in transsexual individuals. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(5), 1248–1261. https://doi.org/10.1111/jsm.12491

Zubiaurre-Elorza, L., Junque, C., Gomez-Gil, E., Segovia, S., Carrillo, B., Rametti, G., & Guillamon, A. (2013). Cortical Thickness in Untreated Transsexuals. *Cerebral Cortex*, 23(12), 2855–2862. https://doi.org/10.1093/cercor/bhs267

Zucker, K. J. (2005). Measurement of psychosexual differentiation. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 375–388. https://doi.org/10.1007/s10508-005-4336-7

Zucker, K. J., Bradley, S. J., Oliver, G., Blake, J., Fleming, S., & Hood, J. (1996). Psychosexual Development of Women with Congenital Adrenal Hyperplasia. *Hormones and Behavior*, 30(4), 300–318. https://doi.org/10.1006/hbeh.1996.0038

Zucker, K. J., Bradley, S. J., Owen-Anderson, A., Kibblewhite, S. J., Wood, H., Singh, D., & Choi, K. (2012). Demographics, behavior problems, and psychosexual characteristics of adolescents with gender identity disorder or transvestic fetishism. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 38(2), 151–189. https://doi.org/10/gf8vrc

Zucker, K. J., Bradley, S. J., & Sanikhani, M. (1997). Sex differences in referral rates of children with gender identity disorder: Some hypotheses. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25(3), 217–227. https://doi.org/10/bbvgz4

Zucker, K. J., Owen, A., Bradley, S. J., & Ameeriar, L. (2002). Gender-dysphoric children and adolescents: A comparative analysis of demographic characteristics and behavioral problems. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(3), 398–411. https://doi.org/10/c7c68b

Zucker, K. J., Wood, H., Singh, D., & Bradley, S. J. (2012). A developmental, biopsychosocial model for the treatment of children with gender identity disorder. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 369–397. https://doi.org/10/gf536p

Zucker, K., Meyer-Bahlburg, H., Kessler, S., & Schober, J. (2020). Gender Identity/Gender Dysphoria Questionnaire for Adolescents and Adults (S. 343–350).

Zuger, B. (1978). Effeminate behavior present in boys from childhood: Ten additional years of follow-up. *Comprehensive Psychiatry*, 19(4), 363–369. https://doi.org/10.1016/0010-440X(78)90019-6

Zuger, B. (1984). Early effeminate behavior in boys. Outcome and significance for homosexuality. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172(2), 90–97.

Anhang A: Begründungen der Sondervoten

Sondervoten des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)

	Aktuelle Fassung der Leitlinie	Sondervoten der DGE	
Nr.	**Empfehlung/ Aussage im Text**	**Alternative Empfehlung/ Sondervotum**	**Begründung**
Kapitel VII Indikationsstellung			
Geschlechts-angleichen-de Hormon-behandlung (GAH)	Der Beginn einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung erfordert die sorgfältige Indikationsstellung in interdisziplinärer Kooperation durch eine psychiatrisch-psychotherapeutische Fachperson sowie eine in der Behandlung Jugendlicher erfahrene endokrinologische Fachperson (interprofessionelle Indikationsstellung, s.u.). Letztere kann aus dem Bereich der Pädiatrie, internistischen Endokrinologie oder (Kinder-)Gynäkologie stammen.	Die Fachkenntnis der Person, die den endokrinologischen Teil der Indikation stellt sowie die endokrinologische Betreuung während einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie übernimmt, sollte folgende formalen Anforderungen erfüllen (Bezeichnungen für Deutschland): - fachärztliche Gebietsbezeichnung für Pädiatrie mit Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugendendokrinologie und Diabetologie - fachärztliche Gebietsbezeichnung für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie - fachärztliche Gebietsbezeichnung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	Keine, da selbsterklärend

	Aktuelle Fassung der Leitlinie	Sondervoten der DGE	
Nr.	**Empfehlung/ Aussage im Text**	**Alternative Empfehlung/ Sondervotum**	**Begründung**
VII.K12.	Die Indikationsstellung zur geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie soll in interdisziplinärer Kooperation erfolgen. Voraussetzung für eine Indikationsstellung ist eine der Dringlichkeit und Komplexität der Einzelsituation angemessene sorgfältige diagnostische Einschätzung und Abklärung durch eine in der Diagnostik und Behandlung der Gechlechtsdysphorie im Jugendalter erfahrene psychiatrisch-psychotherapeutische Fachperson. Der somatische Teil der Indikationsstellung soll im Hinblick auf ihre Voraussetzungen (pubertäres Reifestadium, Abwesenheit von somatischen Kontraindikationen etc.) durch eine in der Behandlung von Jugendlichen erfahrene endokrinologische Fachperson erfolgen.	Wir befürworten, dass die Indikationsstellung bei komplexen Fragestellungen wie beispielsweise im jungen Alter, bei vorhandenen psychischen Komorbiditäten oder bei erst seit kurzem bestehenden Bewusstwerden der Geschlechtsdysphorie durch eine zweite in der Diagnostik und Behandlung der Gechlechtsdysphorie im Jugendalter erfahrene psychiatrisch-psychotherapeutische Fachperson bestätigt wird im Sinne eines 4-Augen Prinzips.	Keine, da selbsterklärend

Sondervoten der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft (DPG)

	Aktuelle Fassung der Leitlinie	Sondervoten der DPG	
Nr.	**Empfehlung/ Aussage im Text**	**Alternative Empfehlung/ Sondervotum**	**Begründung**
Kapitel VII Indikationsstellung			
VII.K5.	Die Indikationsstellung für eine Pubertätsblockade bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie sollte unabhängig von einem binären Zugehörigkeitsempfinden zu einem bestimmten Geschlecht und unabhängig von der sexuellen Orientierung getroffen werden.	„Die Indikationsstellung für eine Pubertätsblockade bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie sollte unabhängig von der sexuellen Orientierung getroffen werden.“	Dieses Sondervotum, bei der Empfehlung den Bezug zu einem binären Zugehörigkeitsempfinden wegzulassen, wurde gleichlautend auch bei den entsprechenden Empfehlungen zu geschlechtsangleichenden Hormonbehandlungen (VII.K15) und chirurgischen Eingriffen abgegeben.
VII.K15.	Die Indikationsstellung einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung sollte unabhängig von der Polarität bzw. Binarität der Geschlechtsidentität und unabhängig von der sexuellen Orientierung der Patient*innen getroffen werden	„Die Indikationsstellung für eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung sollte unabhängig von der sexuellen Orientierung der Patient*innen getroffen werden.“	**(A) Fehlende Evidenz** Während es für binäre trans Jugendliche eine Reihe von Studien gibt (siehe Kapiteleinführung), die zumindest deutliche Hinweise geben oder vereinzelt Belege liefern für positive Auswirkungen von GnrH Analoga und geschlechtsangleichenden Hormonbehandlungen auf die psychische Gesundheit, ist die empirische Evidenzlage für non-binäre Jugendliche völlig unklar und bestenfalls spekulativ auf wenigen klinischen Erfahrungswerten (Einzelfallentscheidungen ohne Kenntnisse über den Langzeitverlauf) basierend. In aktuellen Outcome-Studien, z.B. Achille (2020) und Becker-Hebly (2021) wird lediglich nach «weiblich zu männlich» oder «männlich zu weiblich» differenziert. Nicht binäre Jugendliche werden nicht erwähnt und nicht mitaufgenommen in die Studiengruppen. Ebenso verhält es sich mit der holländischen Kohorte, für die zwar einige Langzeitverlaufs- und Katamnesedaten vorliegen, deren

	Aktuelle Fassung der Leitlinie	Sondervoten der DPG	
Nr.	**Empfehlung/ Aussage im Text**	**Alternative Empfehlung/ Sondervotum**	**Begründung**
			Stichprobe allerdings non-binäre Entwicklungsverläufe von somatischen Indikationen ausschloss (Abbruzzese et al., 2023). In einer Untersuchung von Chen et al. (2023) und Kuper et al. (2020) wurden hingegen nicht-binäre Jugendliche explizit inkludiert, jedoch nicht analysiert, ob nicht-binär identifizierte Jugendliche gleichermaßen von der Behandlung profitieren wie binär identifizierte Jugendliche. **(B) Psychosexualität und Adoleszenz – theoretische Annahmen** Im Rahmen des adoleszenten Entwicklungsprozesses, von der frühen, über die mittlere und die späte Adoleszenz (Blos, 2001) wird in der neuen Literatur (Quindeau, 2019) die psychische Bisexualität als ein normaler Prozess der Exploration der eigenen Identität beschrieben, im Rahmen dessen es zu starken Schwankungen in der geschlechtlichen Identifizierung kommt. Dieser Prozess stellt dabei eine Art Übergangsstadium zur Erprobung und Identifizierung dar, dass bei den meisten Jugendlichen in eine eindeutige (binäre) Geschlechtsidentität und einer klaren sexuellen Orientierung mündet. Eine non-binäre Identifizierung stellt in diesem Verständnis keine pathologische Lösung dar, sondern ist Ausdruck einer inneren Auseinandersetzung mit Entwicklungsaufgaben, Trennung von elterlichen Objekten und dem Aufbau eigener autonomer Fähigkeiten. In dieser Denkweise wäre eine frühzeitige medizinische Intervention bei einer anhaltend non-binären Identifizierung eine Unterbrechung des Entwicklungsprozesses und im ungünstigsten Fall eine körpermodifizierende Festschreibung eines Übergangsstadiums.

	Aktuelle Fassung der Leitlinie	Sondervoten der DPG	
Nr.	**Empfehlung/ Aussage im Text**	**Alternative Empfehlung/ Sondervotum**	**Begründung**
			(C) Umgang mit Non-Binarität in anderen Leitlinien und Behandlungsempfehlungen Explizit erwähnt wird Non-Binarität lediglich in den aktuellsten Empfehlungen der WPATH (SOC-8), indem durchgehend der Begriff „TSG Jugendliche“ verwendet wird, ein Begriff, der „Menschen, die sich als nicht-binär identifizieren“ (Coleman et al., 2022a, S. 252) einschließt. Allerdings sind keine spezifischen Empfehlungen im Umgang mit nicht binär identifizierten Jugendlichen enthalten. Vielmehr scheint es aufgrund der fehlenden Evidenz und kaum vorhandenen klinischen Erfahrungswerten für körpermodifizierende Maßnahmen bei non-binären Verläufen im Jugendalter eine ethische Empfehlung zu sein, diese Subgruppe zwar ernst zu nehmen und explizit nicht auszuschließen, aber eben auch nicht einzuschließen in Indikationsempfehlungen. Ebenso werden in anderen europäischen Ländern (siehe Anhang und entsprechende Auflistungen der dortigen Leitlinien und/ oder Behandlungsempfehlungen) teils deutlich konservative Kriterien wie Altersnormen gefordert und keine Stellung zu non-binären Entwicklungsverläufen mit körpermodifizierenden Behandlungswünschen genommen. **Zusammenfassend** betrachtet liegt durch den hier besonders bedeutsamen entwicklungsdynamischen Aspekt, die komplett fehlende empirische Evidenz und die Vermischung von zweifelsfrei sinnvollen ethischen Prinzipien und Behandlungsentscheidungen eine Situation vor, die eine Indikationsstellung für irgendeine körpermodifizierende Maßnahme im Jugendalter nicht möglich macht.

Sondervoten der Bundesvereinigung Trans*, Trans-Kinder-Netz e. V. und Verband für lesbische, schwule, bisexuelle, trans*, intersexuelle und queere Menschen in der Psychologie e.V.

	Aktuelle Fassung der Leitlinie	Sondervoten von BVT*, TRAKINE e.V., VLSP* e.V.	
Nr.	**Empfehlung/ Aussage im Text**	**Alternative Empfehlung/ Sondervotum**	**Begründung**
Kapitel VII Indikationsstellung			
VII.K4.	Wenn in Einzelfällen durch die fortschreitende pubertäre Reifeentwicklung ein Zeitdruck entsteht, bei dem zur Abwendung irreversibler Körperveränderungen (z.B. männlicher Stimmwechsel) durch längere Wartezeiten ein gesundheitlicher Schaden zu erwarten wäre, soll ein möglichst zeitnaher Zugang zu kinder- und jugendpsychiatrischer bzw. psychotherapeutischer Abklärung und medizinischen Behandlungsmöglichkeiten gewährt werden.	„In Einzelfällen kann durch die fortschreitende pubertäre Reifeentwicklung ein Zeitdruck entstehen, bei dem zur Abwendung irreversibler Körperveränderungen (z.B. männlicher Stimmwechsel, weibliches Brustwachstum) von Seiten der pädiatrisch-endokrinologischen Fachperson eine Pubertätsblockade aufgrund ihrer Dringlichkeit mit vorläufiger Indikationsstellung zeitnah eingeleitet werden kann, wenn die Durchführung einer kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutischen (KJP-) Prozessbegleitung für eine Indikationsstellung eine nicht vertretbare Verzögerung bedeuten würde. In einem so begründeten Fall sollte eine diagnostische KJP-Prozessbegleitung zur Absicherung der Indikation zeitnah nachgeholt werden.“	Die **drei genannten Organisationen** möchten den Wortlaut der Empfehlung, wie sie in der ursprünglichen Entwurfsfassung der Leitlinie vor Beginn der Konsultationsphase formuliert war, wie folgt unverändert belassen. Die pubertären körperlichen Veränderungen ab dem Tanner-Stadium II sind für die geschlechtsinkongruenten Jugendlichen unberechenbar und sie können schnell ein nicht reversibles Stadium erreichen. Damit können diese Veränderungen ein massives geschlechtsdysphorisches Erleben verursachen oder verstärken. Daher kann der Effekt der Entaktualisierung dieser Veränderungen durch die Behandlung mit GnRH-Analoga mit Blick auf das mentale Gesamtbefinden kaum hoch genug bewertet werden. So wird unter Aufrechterhaltung der interdisziplinären Indikationsstellung mit solch einem Vorgehen das vorübergehende Offenhalten der körperlichen und geschlechtsidentitätsbezogenen Möglichkeitsräume in seiner gesamtbiographischen Bedeutung gewürdigt. Geschlechtsinkongruenten Jugendlichen wird damit ermöglicht, abgewogene selbstfürsorgliche Entscheidungen zu treffen. Letztlich sollte dieses Sondervotum auch in seiner Signalwirkung in die Versorgung hinein verstanden werden, diese mit Hilfe von Wissenstransfer, Verbreiterung der personellen Basis und einem guten Terminmanagement für

	Aktuelle Fassung der Leitlinie	Sondervoten von BVT*, TRAKINE e.V., VLSP* e.V.	
Nr.	**Empfehlung/ Aussage im Text**	**Alternative Empfehlung/ Sondervotum**	**Begründung**
			geschlechtsinkongruente Jugendliche und ihre Eltern sicherer und berechenbarer zu gestalten, so dass diese Empfehlung wenig in Betracht gezogen werden muss. Eine fachgerechte medizinische Versorgung geschlechtsinkongruenter Jugendlicher kann jedoch nicht ohne Reflexion der Kontextbedingungen in der medizinischen Versorgung und des gesellschaftlichen Klimas gedacht und gestaltet werden.
VII.K14.	Voraussetzung für die Indikation einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung soll das Vorliegen einer stabilen/persistierenden Geschlechtsinkongruenz (nach den diagnostischen Kriterien der GI im Jugendalter/ ICD-11 HA60) mit nach Pubertätseintritt vorhandenem geschlechtsdysphorischem Leidensdruck bei mehrjährigem transgeschlechtlichem Empfinden sowie der damit einhergehende Wunsch nach der Ausbildung der durch die Hormonbehandlung zu erwartenden geschlechtsspezifischen körperlichen Veränderungen sein. Die sorgfältige diagnostische Einschätzung soll in Zusammenarbeit der in der Diagnostik und Behandlung der	„Voraussetzung für die Indikation einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung sollte das Vorliegen einer stabilen/persistierenden Geschlechtsinkongruenz (nach den diagnostischen Kriterien der GI im Jugendalter/ ICD-11 HA60) mit nach Pubertätseintritt vorhandenen geschlechtsdysphorischem Leidensdruck sowie der damit einhergehende Wunsch nach der Ausbildung der durch die Hormonbehandlung zu erwartenden geschlechtsspezifischen körperlichen Veränderungen sein. Die diagnostische Einschätzung sollte im Rahmen einer Zusammenarbeit einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachperson mit den Patient*innen und ihren Sorgeberechtigten/Bezugspersonen anhand der Exploration der psychischen Befunde und der Lebensgeschichte erfolgen.“	Die Bundesvereinigung Trans*, der Verband für lesbische, schwule, bisexuelle, trans*, intersexuelle und queere Menschen in der Psychologie und Trans-Kinder-Netz möchten mit diesem Sondervotum den Wortlaut der ursprünglich vor der Konsultationsphase konsentierten Empfehlung unverändert belassen: Ein pauschales Zeitkriterium „mehrjährig“ ist durch keinerlei Evidenz belegt. Das Vergehen von Zeit verschafft keine größere Sicherheit hinsichtlich einer verantwortlichen Indikationsstellung. Ein „transgeschlechtliches Empfinden“ als Bewusstheit ist von vielen Faktoren abhängig. So können beispielsweise eine restriktive Familie, ein bedrohliches Umfeld, eine abwertende psychotherapeutische Haltung oder eine internalisierte Transnegativitiät zu einem Vermeiden des transgeschlechtlichen Empfindens führen. Die Qualität und Sicherheit der Indikationsstellung hängt viel mehr davon ab, ob es den Fachpersonen gelingt, das individuelle Erleben angemessen zu erfassen, die individuellen Kontextbedingungen zu reflektieren und in der Interaktion zur Sprache zu bringen. Für eine individuelle Versorgung kann der geschlechtsdysphorische Leidensdruck über

	Aktuelle Fassung der Leitlinie	Sondervoten von BVT*, TRAKINE e.V., VLSP* e.V.	
Nr.	**Empfehlung/ Aussage im Text**	**Alternative Empfehlung/ Sondervotum**	**Begründung**
	Gechlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter erfahrenen psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachperson mit den Patient*innen und ihren Sorgeberechtigten/Bezugspersonen anhand der Exploration der psychischen Befunde und der Lebensgeschichte erfolgen.		einige Monate hinweg auch ohne ein mehrjähriges transgeschlechtliches Empfinden maßgeblich für die Indikationsstellung sein. Eine Verzögerung für die Einhaltung eines letztlich willkürlichen Zeitkriteriums wäre dann schädlich. Eine fachgerechte medizinische Versorgung geschlechtsinkongruenter Jugendlicher kann nicht ohne Reflexion der individuellen Kontextbedingungen gestaltet werden.
Abschnitt 6.4.1. : ***Vorgehen bei Jugendlichen mit non-binärer Gechlechts-identität***		„Die Indikationsstellung für eine geschlechtsangleichende Mastektomie oder Brustverkleinerung sollte unabhängig von der Polarität bzw. Binarität der Geschlechtsidentität und unabhängig von der sexuellen Orientierung getroffen werden.“	Der Bundesverband Trans*, der Verband für lesbische, schwule, bisexuelle, trans*, intersexuelle und queere Menschen in der Psychologie e.V. und Trans-Kinder-Netz e.V. möchten mit diesem Sondervotum eine ursprünglich vor der Konsultationsphase formulierte Empfehlung (s.u.) unverändert in der Leitlinie belassen: Nichtbinäre Jugendliche sind Teil der geschlechtsinkongruenten Versorgungspopulation. Infolge des geschlechterbinären und dabei dichotomen Erwartungsspektrums in der medizinischen Versorgung sind nichtbinäre Jugendliche in der Versorgung und Forschung bisher unterrepräsentiert und wenig sichtbar. Das versorger*innenseitig vorhandene Wissensdefizit ist in großen Teilen Effekt persönlicher und struktureller Biases sowie unreflektierter Wahrnehmungslücken. Die hieraus entstehende Benachteiligung nichtbinärer geschlechtsinkongruenter Jugendlicher ist insbesondere mit den medizinethischen Prinzipien der Gerechtigkeit, Autonomie, aber auch des Nicht-Schadens unvereinbar.

Sondervoten der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)

Präambel

Präambel der aktuellen Fassung der LL	DGPPN-Sondervotum zur Präambel
Konsentiert mit starkem Konsens (> 95%) 1. Die Leitlinie orientiert sich an den ethischen Prinzipien des Respekts vor der Würde und Selbstbestimmung der Person sowie des Wohltuns und Nicht-Schadens und hat zum Ziel, diese Prinzipien im Behandlungssetting zu realisieren. 2. Übergeordnetes Ziel der Leitlinie ist, den Zugang von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz1 und/oder Geschlechtsdysphorie2 zu einer fachgerechten Information und Behandlung auf der Basis wissenschaftlich und ethisch anerkannter Standards zu verbessern und ihnen dadurch eine bestmögliche gesundheitliche Entwicklung zu ermöglichen. 3. In Achtung der Würde der Behandlungssuchenden unterstützt die Leitlinie den Abbau von Diskriminierung und die Entpathologisierung von Personen, deren Geschlechtsidentität nicht mit ihrem anatomischen bzw. bei Geburt zugewiesenen Geschlecht übereinstimmt. Dies schlägt sich u.a. in der gewählten Begrifflichkeit nieder. Der Begriff der *„Geschlechtsidentitätsstörung“* aus der ICD-10 (WHO, 2019) wird daher nicht mehr verwendet. Stattdessen werden nach ICD-11 (WHO, 2022) und DSM-5 (APA, 2013) die Begriffe *„Geschlechtsinkongruenz“* und *„Geschlechtsdysphorie“* verwendet. 4. Patient*innen3 mit Geschlechtsinkongruenz und/oder Geschlechtsdysphorie weisen vielfältige individuelle Entwicklungsverläufe auf. Beratung und Behandlung sollen dementsprechend auf Individuen und ihre Bedürfnisse zugeschnitten sein. Die Leitlinie soll eine fachliche Orientierung für bestmögliche	Aus Sicht der DGPPN bedarf diese Präambel in einigen Punkten der Kommentierung und ist in der Summe der Feststellungen abzulehnen, weil einige unausgewogen sind, wichtige Aspekte fehlen und die Präambel insgesamt der unvoreingenommenen wissenschaftlichen Bewertung der Evidenzlage *a priori* unangemessene moralische Grenzen setzen. Die Bemerkungen sind im Einzelnen entlang den Statements der Präambel folgende: ***1. Die Leitlinie orientiert sich an den ethischen Prinzipien des Respekts vor der Würde und Selbstbestimmung der Person sowie des Wohltuns und Nicht-Schadens und hat zum Ziel, diese Prinzipien im Behandlungssetting zu realisieren.*** Die Orientierung einer medizinischen Leitlinie an allgemein anerkannten berufs- und medizinethischen Grundsätzen ist eine Selbstverständlichkeit. Dies für eine einzelne Leitlinie explizit hervorzuheben und zusätzlich auch noch im Rahmen einer Abstimmung zu konsentieren, erweckt den Eindruck, man habe sich mit den medizinethischen Problemen des Themas besonders eingehend beschäftigt bzw. sich zu Beginn der Leitlinienarbeit darauf verpflichtet. Allerdings wird dieser Anspruch nicht erfüllt. Das Kapitel X („Rechtliche Grundlagen und ethische Maßgaben für die Behandlung Minderjähriger mit Geschlechtsinkongruenz“) behandelt vorwiegend juristische Aspekte der Einwilligungsfähigkeit Minderjähriger und rekurriert dabei fast ausschließlich auf ein einziges unveröffentlichtes und deshalb auch für die Adressaten unzugängliches Rechtsgutachten, welches im Auftrag des Leitlinienkoordinators Prof. Romer angefertigt wurde. Einige medizinethische Fragen werden zwar aufgeworfen, aber nicht abwägend diskutiert. Erwähnt wird das „Dilemma … welches darin besteht, dass sowohl eine Behandlung als auch das Aufschieben oder Unterlassen irreversible Folgen für die spätere

individuelle Behandlungsentscheidungen bieten. 5. Die Leitlinie ist im Prozess ihrer Entwicklung der Idee der Partizipation aller involvierten Parteien, einschließlich transidenter Personen und ihrer Angehörigen verpflichtet. Die Evaluation bisheriger Erfahrungen Behandlungssuchender4 im Gesundheitswesen fließt insbesondere zur Verbesserung des Behandlungsangebots und zur Vermeidung von Diskriminierung in die Neufassung der Leitlinie ein. 6. Die geschlechtliche Identität einer Person ist höchstpersönlicher Natur. Die Förderung der Selbstbestimmung und – soweit notwendig – der Selbstbestimmungsfähigkeit ist deshalb ein wesentliches Anliegen im Behandlungssetting mit minderjährigen Patient*innen. Therapieansätze, die implizit oder explizit von dem Behandlungsziel getragen sind, das Zugehörigkeitsempfinden einer Person zu einem Geschlecht in eine bestimmte Richtung zu lenken, werden als unethisch angesehen. 7. Psychotherapeutische Unterstützung soll Behandlungssuchenden zur Begleitung z.B. einer ergebnisoffenen Selbstfindung, zur Stärkung des Selbstvertrauens, zur Bewältigung von Diskriminierungserfahrungen oder zur psychischen Vor- und Nachbereitung von Schritten im Prozess einer Transition niedrigschwellig angeboten und verfügbar gemacht werden. Eine Verpflichtung zu Psychotherapie als Bedingung für den Zugang zu medizinischer Behandlung ist aus Gründen des Respekts vor der Würde und Selbstbestimmung der Person ethisch nicht gerechtfertigt. 8. Entscheidungen für medizinische Maßnahmen, die in eine nicht abgeschlossene biologische Reifeentwicklung eingreifen, implizieren eine besondere Herausforderung und ethische Verantwortung für alle Beteiligten. Zu berücksichtigen sind einerseits die im Einzelfall anzunehmende potentielle Ergebnisoffenheit der psychosexuellen und Identitätsentwicklung sowie andererseits die stetig zunehmende Irreversibilität der somatosexuellen Reifeentwicklung und die ggf. daraus	psychische Langzeitgesundheit haben kann“ und es wird die Frage aufgeworfen „Wie ist das Recht auf Selbstbestimmung und das dahinterstehende ethische Prinzip der Förderung von Autonomie gegenüber dem Schutz Minderjähriger vor weit in ihre Zukunft reichenden Behandlungsentscheidungen mit potenziell fatalen Folgen zu gewichten?“ Antworten auf solche und viele andere relevante medizinethische Fragen sucht man vergeblich und konsequenterweise werden weder zu rechtlichen noch zu ethischen Fragen Empfehlungen formuliert mit der Begründung, dass „.. der rechtliche Rahmen ohnehin bindend ist und ethische Prinzipien bei verantwortlichen Behandlungsentscheidungen zueinander reflektiert abzuwägen sind“. ***2. Übergeordnetes Ziel der Leitlinie ist, den Zugang von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz1 und/oder Geschlechtsdysphorie2 zu einer fachgerechten Information und Behandlung auf der Basis wissenschaftlich und ethisch anerkannter Standards zu verbessern und ihnen dadurch eine bestmögliche gesundheitliche Entwicklung zu ermöglichen.*** In diesem Statement fehlt der wichtige Hinweis, dass es natürlich auch ein zentrales Ziel der Leitlinie sein muss, den Betroffenen auf der Basis wissenschaftlicher und ethischer Standards eine umfassende kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik und eine Behandlung komorbider psychiatrischer Störungen zu ermöglichen. ***3. In Achtung der Würde der Behandlungssuchenden unterstützt die Leitlinie den Abbau von Diskriminierung und die Entpathologisierung von Personen, deren Geschlechtsidentität nicht mit ihrem anatomischen bzw. bei Geburt zugewiesenen Geschlecht übereinstimmt. Dies schlägt sich u.a. in der gewählten Begrifflichkeit nieder. Der Begriff der Geschlechtsidentitätsstörung aus der ICD-10 (WHO, 2019) wird daher nicht mehr verwendet. Stattdessen werden nach ICD-11 (WHO, 2022) und DSM-5 (APA, 2013) die Begriffe Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie verwendet.***

resultierenden erhöhten Risiken für die psychische Gesundheit. Bei der Entscheidung für medizinische Behandlungsschritte zur Pubertätsunterbrechung oder Geschlechtsangleichung im Jugendalter ist daher eine sorgfältige Abwägung von zu erwartendem Nutzen und Risiko vorzunehmen. Die möglichen gesundheitlichen Folgerisiken einer von Betroffenen im Nachhinein bereuten Entscheidung für eine medizinische Behandlung oder einer sich aus anderen Gründen als fehlindiziert herausstellenden Behandlung sind demnach gegenüber Gesundheitsrisiken abzuwägen, die sich bei einem Aufschub oder Nicht-Einleiten einer medizinischen Behandlung ergeben können.	Die Wahl der Begriffe muss sich auf wissenschaftliche Evidenz und entsprechende nationale und internationale Konventionen stützen und nicht primär an Zielen, wie den Abbau von Diskriminierung und Entpathologisierung. Der hier gewählte Ansatz, die Notwendigkeit einer Entpathologisierung mit der Würde der Betroffenen und dem Wunsch nach Abbau von Diskriminierungen zu begründen, erscheint im Kontext einer wissenschaftsbasierten medizinischen Leitlinie fragwürdig und befremdlich. Dies könnte nämlich so verstanden werden, als würde die Diagnose einer psychischen Störung für sich genommen Menschen in Ihrer Würde verletzen und eine ungerechtfertigte Diskriminierung bedeuten.
9. Die Leitlinie soll als fachliche Grundlage für verantwortungsvolle medizinische Behandlungsentscheidungen dienen, die im Sinne eines *Shared Decision Making* gemeinsam von Behandelnden, minderjährigen Patient*innen und ihren Sorgeberechtigten zu treffen sind. Die Leitlinie soll hierfür Orientierung bieten, insbesondere für die Anforderungen an eine hinreichende Aufklärung und Beratung, die es Behandlungssuchenden ermöglicht, Wesen, Bedeutung und Tragweite der jeweiligen Behandlungsoptionen zu verstehen und darüber zu entscheiden.	***6. Die geschlechtliche Identität einer Person ist höchstpersönlicher Natur. Die Förderung der Selbstbestimmung und soweit notwendig der Selbstbestimmungsfähigkeit ist deshalb ein wesentliches Anliegen im Behandlungssetting mit minderjährigen Patient*innen. Therapieansätze, die implizit oder explizit von dem Behandlungsziel getragen sind, das Zugehörigkeitsempfinden einer Person zu einem Geschlecht in eine bestimmte Richtung zu lenken, werden als unethisch angesehen.*** Dieses Statement ist unklar und missverständlich. Hinsichtlich von Konversionstherapien ist vor allem das rechtliche Verbot und das Schadensrisiko zu betonen, während eine apodiktische moralische Bewertung („unethisch“) unwissenschaftlich erscheint. ***7. Psychotherapeutische Unterstützung soll Behandlungssuchenden zur Begleitung z.B. einer ergebnisoffenen Selbstfindung, zur Stärkung des Selbstvertrauens, zur Bewältigung von Diskriminierungserfahrungen oder zur psychischen Vor- und Nachbereitung von Schritten im Prozess einer Transition niedrigschwellig angeboten und verfügbar gemacht werden. Eine Verpflichtung zu Psychotherapie als Bedingung für den Zugang zu medizinischer Behandlung ist aus Gründen des Respekts vor der Würde und Selbstbestimmung der Person ethisch nicht gerechtfertigt.*** Auch hier gilt, dass selbstverständlich niemand zu einer Behandlung gezwungen werden darf und speziell zu einer Psychotherapie auch nicht

	gezwungen werden kann, weil diese Mitarbeit erfordert. Selbstverständlich ist aber auch, dass für komorbide Störungen eine umfassende psychiatrische Behandlung angeboten und verfügbar gemacht werden muss. Tatsächlich kann eine solche Behandlung auch notwendige Voraussetzung für den Zugang zu körpermodifizierenden Behandlungen sein. Es ist in der gesamten Medizin ein Standardverfahren, dass die fachgerechte Indikation zur Durchführung bestimmter Maßnahmen die Durchführungen anderer vorbereitender diagnostischer bzw. therapeutischer Maßnahmen voraussetzen kann. Es ist also durchaus in Abhängigkeit von der wissenschaftlichen Evidenz denkbar und keinesfalls *a priori* mit dem Hinweis auf den „Respekt vor der Würde und Selbstbestimmung der Person“ als „ethisch nicht gerechtfertigt“ zu betrachten, dass Hormonbehandlungen oder körpermodifizierende Behandlungen erst nach einer vorherigen psychotherapeutischen Behandlung durchgeführt werden sollten. Deshalb müsste in dieser Leitlinie die Evidenz für und gegen eine solche vorausgehende psychotherapeutische und ggf. pharmakologische Behandlung (z.B. assoziierter psychiatrischer Erkrankungen) gegeneinander abgewogen werden. Dies geschieht nicht und stattdessen wird schon in der Präambel eine nicht wissenschaftlich begründbare „Leitplanke“ gesetzt, die die weitere objektive Abwägung für moralisch unzulässig erklärt. --- Abschließend soll auch auf solche Punkte hingewiesen werden, die zwar für die Leitlinie von fundamentaler Bedeutung sind, die aber keine Erwähnung in der Präambel finden: • Es sollte aus Sicht der DGPPN thematisiert werden, wie lückenhaft der Wissenstand und wie schwach die Evidenz für die Durchführung medizinischer Maßnahmen jeder Art bei der ins Auge gefassten Zielgruppe ist. • Es sollte aus Sicht der DGPPN thematisiert werden, dass sich hieraus nicht nur die Verpflichtung zur Zurückhaltung und Sorgfalt, ergibt,

	sondern auch die Verpflichtung, das Wissen zu Geschlechtsinkongruenz zu mehren und Forschung aktiv zu fördern. • Es sollte aus Sicht der DGPPN thematisiert werden, wie komplex und auch umstritten der diagnostische Prozess ist, der medizinischen Maßnahmen von der Tragweite, wie sie in dieser Leitlinie zum Teil vorgeschlagen werden, vorausgehen muss, um überhaupt erst die Indikationsgrundlage und damit auch die notwendige Legitimation für die Eingriffe zu begründen. Stattdessen wird schon in der Präambel zur Leitlinie, bevor irgendwelche wissenschaftliche Evidenz gewichtet und bewertet wurde, ein primär affirmativer Ansatz gewählt, der Wunsch und Wille der Beratung bzw. Behandlung suchenden Person zum einzigen relevanten Maßstab macht.

	Aktuelle Fassung der LL	DGPPN-Sondervotum	
Nr.	**Empfehlung**	**Alternative Empfehlung**	**Begründung**
Kapitel III Sozialer Rollenwechsel im Kindesalter			
III.K4.	In einer Beratung von Kindern mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie, die einen sozialen Rollenwechsel vor Eintritt der Pubertät erwägen, und ihren Sorgeberechtigten und ggf. weiteren Bezugspersonen sollte die beratende Person unabhängig von der individuellen Entscheidung und dem Lebensweg der Betroffenen fachliche Unterstützung zum Schutz vor Stigmatisierung und Diskriminierung des Kindes und/oder seiner Bezugspersonen bieten.	In einer Beratung von Kindern mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie, die einen sozialen Rollenwechsel vor Eintritt der Pubertät erwägen, und ihren Sorgeberechtigten und ggf. weiteren Bezugspersonen **soll** die beratende Person unabhängig von der individuellen Entscheidung und dem Lebensweg der Betroffenen fachliche Unterstützung zum Schutz vor Stigmatisierung und Diskriminierung des Kindes und/oder seiner Bezugspersonen bieten.	Die DGPPN spricht sich für einen stärkeren Empfehlungsgrad hinsichtlich der fachlichen Unterstützung zum Schutz des Kindes, das einen sozialen Rollenwechsel erwägt, vor Stigmatisierung und Diskriminierung aus. Kinder mit GI/GD können in verschiedenen Kontexten Stigmatisierung und Diskriminierung erfahren und weisen eine erhöhte Prävalenz für psychische Gesundheitsprobleme, wie z.B. Depression, Angststörung, selbstverletzendes Verhalten, Suizidgedanken bis hin zu Suizidversuchen, auf (Strauss et al. 2020; European Union Agency for Fundamental Rights., 2014; Sauer & Meyer, 2016; Wilson et al., 2016). Aufgrund des Zusammenhangs zwischen Stigmatisierungs- / Diskriminierungserfahrungen und der psychischen Gesundheit der Kinder mit GI/GD empfiehlt die DGPPN einen stärkeren Empfehlungsgrad für das Angebot einer fachlichen Unterstützung durch die beratende Person zum Schutz vor Stigmatisierung / Diskriminierung und der Bewältigung solcher Erfahrungen. <u>Referenzen</u> ▪ Strauss, P., Cook, A., Winter, S., Watson, V., Wright Toussaint, D., & Lin, A. (2020). Associations between negative life experiences and the mental health of trans and gender diverse young people in Australia: Findings from Trans Pathways. Psychological Medicine, 50(5), 808–817. https://doi.org/10.1017/S0033291719000643 ▪ European Union Agency for Fundamental Rights. (2014). Being trans in the European Union: Comparative analysis of EU LGBT

	Aktuelle Fassung der LL	DGPPN-Sondervotum	
Nr.	**Empfehlung**	**Alternative Empfehlung**	**Begründung**
			survey data. Publications Office. https://data.europa.eu/doi/10.2811/92683 ▪ Sauer, A. T., & Meyer, E. (with Bundesvereinigung Trans* e.V). (2016). Wie ein grünes Schaf in einer weißen Herde: Lebenssituationen und Bedarfe von jungen Trans*-Menschen in Deutschland: Forschungsbericht zu „TRANS* – JA UND?!“ als gemeinsames Jugendprojekt des Bundesverbands Trans* (BVT*) e.V.i.G. und des Jugendnetzwerks Lambda e.V. Bundesverband Trans*. ▪ Wilson, E. C., Chen, Y.-H., Arayasirikul, S., Raymond, H. F., & McFarland, W. (2016). The Impact of Discrimination on the Mental Health of Trans*Female Youth and the Protective Effect of Parental Support. AIDS And Behavior, 20(10), 2203–2211. cmedm. https://doi.org/10/f849bp
Kapitel IV Assoziierte psychische Auffälligkeiten und Gesundheitsprobleme bei Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie			
IV.E1.	In einer Beratung von Kindern mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie, die einen sozialen Rollenwechsel vor Eintritt der Pubertät erwägen, und ihren Sorgeberechtigten und ggf. weiteren Bezugspersonen sollte die beratende Person unabhängig von der individuellen Entscheidung und dem Lebensweg der Betroffenen fachliche Unterstützung zum Schutz vor Stigmatisierung und Diskriminierung des Kindes und/oder seiner Bezugspersonen bieten. Es gibt aus Querschnittsuntersuchungen	In einer Beratung von Kindern mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie, die einen sozialen Rollenwechsel vor Eintritt der Pubertät erwägen, und ihren Sorgeberechtigten und ggf. weiteren Bezugspersonen **soll** die beratende Person unabhängig von der individuellen Entscheidung und dem Lebensweg der Betroffenen fachliche Unterstützung zum Schutz vor Stigmatisierung und Diskriminierung des Kindes und/oder seiner Bezugspersonen bieten. Es gibt aus Querschnittsuntersuchungen	Die DGPPN spricht sich für einen stärkeren Empfehlungsgrad hinsichtlich der fachlichen Unterstützung zum Schutz des Kindes, das einen sozialen Rollenwechsel erwägt, vor Stigmatisierung und Diskriminierung aus. Die Begründung dieses Sondervotums ist bei Empfehlung III.K4 ausgeführt.

	Aktuelle Fassung der LL	DGPPN-Sondervotum	
Nr.	**Empfehlung**	**Alternative Empfehlung**	**Begründung**
	Belege dafür, dass unter geschlechtsdysphorischen Kindern und Jugendlichen, die in Gesundheitseinrichtungen vorstellig werden, gehäuft klinisch relevante psychopathologische Auffälligkeiten auftreten, die über einen berichteten geschlechtsdysphorischen Leidensdruck hinausgehen.	Belege dafür, dass unter geschlechtsdysphorischen Kindern und Jugendlichen, die in Gesundheitseinrichtungen vorstellig werden, gehäuft klinisch relevante psychopathologische Auffälligkeiten auftreten, die über einen berichteten geschlechtsdysphorischen Leidensdruck hinausgehen.	
IV.K1.	Bei Kindern und Jugendlichen, die wegen einer Geschlechtsinkongruenz oder Geschlechtsdysphorie (GI/GD) zur Diagnostik und/oder Behandlung vorstellig werden, sollte, wenn es Anhaltspunkte für klinisch relevante psychische oder psychopathologische Auffälligkeiten gibt, eine umfassende kinder- und jugendpsychiatrische oder psychotherapeutische Diagnostik durchgeführt werden. Dabei sollten die Entstehungsgeschichte der berichteten Auffälligkeiten sowie deren mögliche Interaktionen mit der GI bzw. GD sorgfältig erfasst werden.	Bei Kindern und Jugendlichen, die wegen einer Geschlechtsinkongruenz oder Geschlechtsdysphorie (GI/GD) zur Diagnostik und/oder Behandlung vorstellig werden, **soll~~, wenn es Anhaltspunkte für klinisch relevante psychische oder psychopathologische Auffälligkeiten gibt,~~** eine umfassende kinder- und jugendpsychiatrische oder psychotherapeutische Diagnostik durchgeführt werden. Dabei **sollen** die Entstehungsgeschichte der berichteten Auffälligkeiten sowie deren mögliche Interaktionen mit der GI bzw. GD sorgfältig erfasst werden.	Die DGPPN spricht sich für einen stärkeren Empfehlungsgrad und eine Streichung der Bedingung aus, dass als Voraussetzung einer Diagnostik bereits Anhaltspunkte für psychopathologische Auffälligkeiten gegeben sein müssen. Mit allen Kindern und Jugendlichen, die mit GI/GD zu einer Diagnostik und/oder Behandlung vorstellig werden, ist eine umfassende kinder- jugendpsychiatrische oder psychotherapeutische Diagnostik durchzuführen. Klinisch relevante psychische und psychopathologische Auffälligkeiten können sich ggf. erst im Laufe einer fachgerechten Diagnostik zeigen. Deren umfassende und ganzheitliche Abklärung unter Betrachtung der Entstehungsgeschichte sowie die Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses der Problematik und kritisches Hinterfragen ist somit zentral für alle folgenden Schritte. Allein dysphorischer Leidensdruck, auch wenn man ihm noch keine pathologische Bedeutung beimisst, kann die Einwilligungsfähigkeit beeinträchtigen (DGPPN, 2014). Eine vollständige kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik ist daher auch Voraussetzung für eine aktive Feststellung der Einwilligungsfähigkeit bei Kindern und Jugendlichen (Gutmann, 2023). Dies entspricht der klinischen Sorgfalt, ist notwendig um der

	Aktuelle Fassung der LL	DGPPN-Sondervotum	
Nr.	**Empfehlung**	**Alternative Empfehlung**	**Begründung**
			bekannt hohen Komorbiditätsrate Rechnung zu tragen und um die Einwilligungsfähigkeit des oder der Betroffenen zu sichern. Selbstverständlich darf niemand zu einer Behandlung und kann speziell zu einer Psychotherapie auch nicht gezwungen werden, weil diese seine freiwillige Mitarbeit erfordert. Eine umfassende Diagnostik ist jedoch zur Feststellung der Diagnose von GI bzw. GD und zum Ausschluss einer interferierenden psychischen Störung unbedingt notwendig, zumutbar und im Sinne einer ganzheitlichen Versorgung der Kinder und Jugendlichen. <u>Referenzen</u> ▪ Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (DGPPN) (2014). Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung psychisch erkrankter Menschen: Eine ethische Stellungnahme der DGPPN. Der Nervenarzt 85:1419-1431 ▪ Gutmann, T. (2023). Rechtswissenschaftliches Gutachten zu den Erfordernissen einer rechtswirksamen Einwilligung in eine pubertätsunterdrückende oder geschlechtsangleichende somatomedizinische Behandlung von Minderjährigen mit Geschlechtsdysphorie. (Unveröffentlicht). Erstellt für Universitätsklinikum Münster.
IV.K3.	Bei einer kinder- und jugendpsychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Diagnostik von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie sollte gezielt auf	Bei einer kinder- und jugendpsychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Diagnostik von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie **soll** gezielt auf das	Die DGPPN spricht sich für einen stärkeren Empfehlungsgrad zur Abklärung komorbider psychischer Störungen aus. Bei einer kinder- und jugendpsychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Diagnostik von Kindern und Jugendlichen mit GI/GD muss ein besonderes Augenmerk auf mögliche

	Aktuelle Fassung der LL	DGPPN-Sondervotum	
Nr.	**Empfehlung**	**Alternative Empfehlung**	**Begründung**
	das mögliche Vorliegen einer behandlungsbedürftigen Depression, Angststörung sowie auf selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität geachtet werden.	mögliche Vorliegen einer behandlungsbedürftigen Depression, Angststörung sowie auf selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität geachtet werden.	begleitende psychopathologische Auffälligkeiten gelegt werden. Kinder und Jugendliche mit GD/GI weisen eine erhöhte Prävalenz für z. B. koinzidente Depression oder Angststörungen, selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität auf (siehe Kapitel IV, 2). Es muss auch auf das Vorliegen einer Autismus-Spektrum-Störung und andere häufige begleitende psychische Störungen geachtet werden (siehe Kapitel IV, 2.5). Psychische und psychopathologische Auffälligkeiten sollen bei einer Diagnostik, inklusive Differentialdiagnostik, bestmöglich erkannt werden, damit diese in einem möglichen Behandlungsprozess nicht interferieren und in einem individuellen Behandlungsplan ausreichend berücksichtigt werden können.
IV.K4.	Wenn assoziiert mit einer Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie (GI/GD) im Kindes- oder Jugendalter eine behandlungsbedürftige psychische Störung diagnostiziert wird, sollte eine fachgerechte Behandlung angeboten werden. Diese sollte individuell im Rahmen eines Behandlungsplans konzipiert werden, der ggf. indizierte GI/GD-spezifische Behandlungsmaßnahmen einschließt.	Wenn assoziiert mit einer Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie (GI/GD) im Kindes- oder Jugendalter eine behandlungsbedürftige psychische Störung diagnostiziert wird, **soll** eine fachgerechte Behandlung angeboten werden. Diese **soll** individuell im Rahmen eines Behandlungsplans konzipiert werden, der ggf. indizierte GI/GD-spezifische Behandlungsmaßnahmen einschließt.	Die DGPPN spricht sich für einen stärkeren Empfehlungsgrad für die fachgerechte Behandlung komorbider psychischer Störungen aus und deren Berücksichtigung in einem individuellen Behandlungsplan. Wenn eine behandlungsbedürftige psychische Störung im Kontext einer GI/GD fachgerecht diagnostiziert wurde, entspricht es der professionellen Sorgfaltspflicht, den Betroffenen auch eine fachgerechte Behandlung anzubieten. Selbstverständlich beruht die Aufnahme einer solchen Behandlung von assoziierten psychischen Störungen auf der freiwilligen und selbstbestimmten Entscheidung und Bereitschaft der betroffenen Person und ihrer Sorgeberechtigten. In einem individuellen Behandlungsplan soll für einen Therapieerfolg eine GI/GD angemessenen berücksichtigt werden.

	Aktuelle Fassung der LL	DGPPN-Sondervotum	
Nr.	**Empfehlung**	**Alternative Empfehlung**	**Begründung**
IV.K5.	Behandelnde sollten bei der diagnostischen Einschätzung von psychopathologischen Symptomen oder psychischen Störungen, die mit einer Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie (GI/GD) assoziiert sind, pauschale Annahmen zu kausalen Zusammenhängen vermeiden. Stattdessen sollte im offenen Dialog mit Patient*innen versucht werden, bezüglich der psychopathologischen Symptome und Beschwerden, ein einzelfallbezogenes Störungsmodell zu entwickeln. (siehe Kapitel V → „Psychotherapie“)	Behandelnde **sollen** bei der diagnostischen Einschätzung von psychopathologischen Symptomen oder psychischen Störungen, die mit einer Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie (GI/GD) assoziiert sind, pauschale Annahmen zu kausalen Zusammenhängen vermeiden. Stattdessen **soll** im offenen Dialog mit Patient*innen versucht werden, bezüglich der psychopathologischen Symptome und Beschwerden, ein einzelfallbezogenes Störungsmodell zu entwickeln. (siehe Kapitel V → „Psychotherapie“)	Die DGPPN spricht sich für einen stärkeren Empfehlungsgrad zur Entwicklung eines einzelfallbezogenen Störungsmodells aus. Auf Basis der derzeitigen Studienlage können keine verallgemeinernden Aussagen zu Kausalitäten zwischen psychopathologischen Auffälligkeiten und einer GI/GD sowie ihrer Genese getroffen werden, hier ist weitere Forschung nötig. Aus diesem Grund sollen Behandelnde keine voreiligen oder pauschalen Annahmen zu Kausalzusammenhängen treffen. Ganz im Gegenteil sollen Behandelnde die individuelle Situation mit den Betroffenen dialogisch erörtern, um ein einzelfallbezogenes Störungsmodell zu entwickeln. Dieses dient als Grundlage einer individuellen Symptomgenese, möglichen Wechselwirkungen und hilft bei der Diagnostik und Planung der weiteren Schritte.
IV.K6.	Bei Kindern und Jugendlichen, die wegen einer geschlechtsdysphorischen Symptomatik vorstellig werden, sollte auf das mögliche Vorliegen einer Autismus-Spektrum-Störung geachtet werden. Bei Verdacht auf eine Autismus-Spektrum-Störung sollte entsprechend der Empfehlungen der S3-Leitlinie „Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes– und Jugendalter, Teil 1: Diagnostik (AWMF Reg. Nr. 028-018) vorgegangen werden.	Bei Kindern und Jugendlichen, die wegen einer geschlechtsdysphorischen Symptomatik vorstellig werden, **soll** auf das mögliche Vorliegen einer Autismus-Spektrum-Störung geachtet werden. Bei Verdacht auf eine Autismus-Spektrum-Störung **soll** entsprechend der Empfehlungen der S3-Leitlinie „Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes– und Jugendalter, Teil 1: Diagnostik (AWMF Reg. Nr. 028-018) vorgegangen werden.	Die DGPPN spricht sich für einen stärkeren Empfehlungsgrad zur Abklärung einer Autismus-Spektrum-Störung (ASS) aus. Es gibt klare Hinweise auf eine erhöhte Koinzidenz von GI/GD mit Auffälligkeiten aus dem Autismus-Spektrum bei Kindern und Jugendlichen (vgl. Kapitel IV, 2.5, Kallitsounaki & Williams, 2023). Im Rahmen der Diagnostik und Differentialdiagnostik von GI/GD bei Kindern und Jugendlichen ist ein Autismus-Screening daher, aus Sicht der DGPPN, geboten. Gleichzeitig empfiehlt die DGPPN, die Möglichkeit einer Doppeldiagnose ASS und GI/GD diagnostisch zu berücksichtigen, um die Gefahr einer Unterdiagnostik mit folgender Nicht-/Fehlbehandlung zu minimieren. <u>Referenz</u>

	Aktuelle Fassung der LL	DGPPN-Sondervotum	
Nr.	**Empfehlung**	**Alternative Empfehlung**	**Begründung**
			▪ Kallitsounaki, A., Williams D.M. (2023). Autism Spectrum Disorder and Gender Dysphoria / Incongruence. A systematic Literature Review and Meta-Analysis. J Autism Dev Disord, 53(8): 3103-3117. doi: 10.1007/s10803-022-05517-y.
IV.K7.	Liegt bei Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie zugleich eine diagnostisch gesicherte Autismus-Spektrum-Störung vor, sollte bei der professionellen Begleitung das Fachwissen beider Bereiche einbezogen werden.	Liegt bei Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie zugleich eine diagnostisch gesicherte Autismus-Spektrum-Störung vor, **soll** bei der professionellen Begleitung das Fachwissen beider Bereiche einbezogen werden.	Die DGPPN spricht sich für einen stärkeren Empfehlungsgrad hinsichtlich der professionellen Begleitung bei einer Doppeldiagnose ASS und GI/GD aus. Bei vorliegenden einer diagnostisch gesicherte Autismus-Spektrum-Störung bei Kindern und Jugendlichen mit GI/GD, ist in der professionellen Begleitung unbedingt das Fachwissen beider Bereiche einzubeziehen. Für die Therapie sei hier auf die S3-Leitlinie „Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Teil 2: Therapie“ (AWMF-Registernr. 028 - 047) verwiesen. <u>Referenz</u> ▪ Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). S3-Leitlinie Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Teil 2: Therapie (S3-Leitlinie AWMF-Registernummer 028-047). https://register.awmf.org/assets/guidelines/028-047l_S3_Autismus-Spektrum-Stoerungen-Kindes-Jugend-Erwachsenenalter-Therapie_2021-04_1.pdf
Kapitel V Psychotherapie und psychosoziale Interventionen			
V.K1.	Psychotherapeutische Unterstützung soll Behandlungssuchenden als Unterstützung und Begleitung z.B. zur ergebnisoffenen	Psychotherapeutische Unterstützung soll Behandlungssuchenden als Unterstützung und Begleitung z.B. zur ergebnisoffenen	Die DGPPN spricht sich für die Streichung des Hinweises aus, dass es aus ethischen Gründen des Respekts vor der Würde und

	Aktuelle Fassung der LL	DGPPN-Sondervotum	
Nr.	**Empfehlung**	**Alternative Empfehlung**	**Begründung**
	Selbstfindung, zur Stärkung des Selbstvertrauens, zur Bewältigung von Diskriminierungserfahrungen oder zur psychischen Vor- und Nachbereitung von Schritten im Prozess einer Transition niedrigschwellig angeboten und verfügbar gemacht werden. Eine Verpflichtung zu Psychotherapie als Bedingung für den Zugang zu körpermodifizierender Behandlung ist aus Gründen des Respekts vor der Würde und Selbstbestimmung der Person ethisch nicht gerechtfertigt.	Selbstfindung, zur Stärkung des Selbstvertrauens, zur Bewältigung von Diskriminierungserfahrungen oder zur psychischen Vor- und Nachbereitung von Schritten im Prozess einer Transition niedrigschwellig angeboten und verfügbar gemacht werden, **sowie zur Behandlung komorbider psychischer Störungen**. Eine generelle Verpflichtung zu Psychotherapie als Bedingung für den Zugang zu körpermodifizierender Behandlung ist ~~**aus Gründen des Respekts vor der Würde und Selbstbestimmung der Person ethisch**~~ nicht ~~**gerechtfertigt**~~ **notwendig.**	Selbstbestimmung keine Verpflichtung zur Psychotherapie geben solle. Selbstverständlich darf und kann niemand zu einer Psychotherapie gezwungen werden, weil diese seine freiwillige Mitarbeit erfordert. Eine psychotherapeutische Begleitung kann aber dabei helfen, mögliche Behandlungsentscheidungen gut abzuwägen sowie interferierende psychische Störungen fachgerecht zu adressieren. Eine Psychotherapie ist jedoch keine Unzumutbarkeit, wie es die Begründung in der Empfehlung suggeriert, sondern eine ergebnisoffene Unterstützung. Unstrittig ist, dass eine Psychotherapie nicht ohne spezifische Indikation angewandt werden soll und die Indikation nach den Vorgaben der Psychotherapierichtlinie zu stellen ist. Zur umfassenden Abklärung und Vorbereitung einer möglicherweise weitreichenden Lebensentscheidung in jungen Jahren kann eine Psychotherapie bestimmten Personen jedoch fachgerechte und individuelle Unterstützung bieten.
V.K3.	Jugendliche mit gender-nonkonformer Selbstbeschreibung, die psychotherapeutische Unterstützung bei noch unsicherer Perspektive der Geschlechtsidentität suchen, sollten darüber informiert werden, das explorierende soziale Rollenerkundungen wichtig sind, um einen Prozess der Introspektion und Selbstreflexion in	Jugendliche mit gender-nonkonformer Selbstbeschreibung, die psychotherapeutische Unterstützung bei noch unsicherer Perspektive der Geschlechtsidentität suchen, sollten darüber informiert werden, dass explorierende soziale Rollenerkundungen wichtig sind, um einen Prozess der Introspektion und Selbstreflexion in	Die DGPPN spricht sich für eine Streichung des redundanten Hinweises auf die Möglichkeit eines nicht-binären Geschlechtsrollenverständnisses aus. Weiterhin spricht sich die DGPPN für einen stärkeren Empfehlungsgrad für die Reflektion geschlechtsstereotyper Rollenerwartungen aus.

	Aktuelle Fassung der LL	DGPPN-Sondervotum	
Nr.	**Empfehlung**	**Alternative Empfehlung**	**Begründung**
	Verbindung mit sozialen Interaktionserfahrungen dialogisch zu unterstützen. Dabei sollte der Diskriminierungsschutz beachtet werden. In diesem Prozess ~~**sollten**~~ Jugendliche darin unterstützt werden, geschlechtsstereotype Rollenerwartungen zu hinterfragen sowie die Möglichkeit eines nicht-binären Geschlechtsrollenverständnisses zu reflektieren.	Verbindung mit sozialen Interaktionserfahrungen dialogisch zu unterstützen. Dabei sollte der Diskriminierungsschutz beachtet werden. In diesem Prozess **sollen** Jugendliche darin unterstützt werden, geschlechtsstereotype Rollenerwartungen zu hinterfragen ~~**sowie die Möglichkeit eines nicht-binären Geschlechtsrollenverständnisses zu reflektieren**~~.	Im ersten Teil des letzten Satzes der Empfehlung wird richtigerweise darauf hingewiesen, dass Jugendliche darin unterstützt werden sollten, geschlechtsstereotype Rollenerwartungen zu hinterfragen. Gemäß dem Glossar der Leitlinie ist damit „ein reflektiertes Verständnis einer Person zur eigenen Geschlechtsrolle […], welches nicht in heteronormativen Vorstellungen von „männlich“ oder „weiblich“ verhaftet ist, sondern die eigene Rolle jenseits gesellschaftlicher Rollenerwartungen“ (siehe Seite 28) gemeint. Insofern müsste die Möglichkeit eines nicht-binären Geschlechtsrollenverständnisses bereits Teil der Reflektion sein und ein gesonderter Hinweis darauf aus Sicht der DGPPN unnötig.
V.K4.	Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie, die eine soziale Transition begonnen haben oder diese anstreben, kann eine psychotherapeutische Prozessbegleitung zur Vorbereitung einzelner Entscheidungen und zur Reflexion der hiermit einhergehenden Erfahrungen angeboten werden.	Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie, die eine soziale Transition begonnen haben oder diese anstreben, **sollte** eine psychotherapeutische Prozessbegleitung zur Vorbereitung einzelner Entscheidungen und zur Reflexion der hiermit einhergehenden Erfahrungen angeboten werden.	Die DGPPN spricht sich für eine stärkere Empfehlungsgrad für eine psychotherapeutische Prozessbegleitung bei sozialer Transition aus. Wenn keine assoziierte psychopathologische Störung vorliegt, versteht sich das Angebot einer Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit GI/GD als eine den Prozess der sozialen Transition begleitende Unterstützung für eine verlaufsoffene Selbstexploration. Eine solche psychotherapeutische Begleitung sollte den Betroffenen als Möglichkeit zur Reflexion und zur Vorbereitung von Entscheidungen dienen. Selbstverständlich ist es die freiwillige und selbstbestimmte Entscheidung der Betroffenen das Angebot anzunehmen oder abzulehnen. Eine kann-Empfehlung wird dem potenziellen Nutzen einer psychotherapeutischen Begleitung in dem Entwicklungsprozess nicht gerecht. Darüber hinaus sollen keine Personengruppen

	Aktuelle Fassung der LL	DGPPN-Sondervotum	
Nr.	**Empfehlung**	**Alternative Empfehlung**	**Begründung**
			ausgeschlossen werden, sodass das Angebot einer psychotherapeutischen Prozessbegleitung alle Kinder und Jugendlich mit GI/GD erreichen sollte, die eine soziale Transition begonnen haben oder diese anstreben.
V.K5.	Psychotherapeutische Fachpersonen, die gender-nonkonforme Jugendliche im Prozess sozialer Rollenerkundungen oder einer sozialen Transition begleiten, sollten dabei vermitteln, dass sie für möglicherweise aufkommende Zweifel und Unsicherheiten im Hinblick auf die Transition sowie für Gedanken an eine Desistenz bzw. Detransition offen sind.	Psychotherapeutische Fachpersonen, die gender-nonkonforme Jugendliche im Prozess sozialer Rollenerkundungen oder einer sozialen Transition begleiten, **sollen** dabei vermitteln, dass sie für möglicherweise aufkommende Zweifel und Unsicherheiten im Hinblick auf die Transition sowie für Gedanken an eine Desistenz bzw. Detransition offen sind.	Die DGPPN spricht sich hier für einen stärkeren Empfehlungsgrad zur Offenheit der psychotherapeutischen Fachpersonen bzgl. Desistenz/Detransition aus. Bei einer Erkundung und Exploration von sozialen Rollen bzw. Transition soll die psychotherapeutische Fachperson unbedingt eine ergebnisoffene Begleitung bieten, bei der ausdrücklich eine Reflektion auch von Zweifel und Unsicherheit im Hinblick auf eine Transition sowie auf eine Detransition/Desistenz mit der behandlungssuchenden Person dialogisch unterstützt wird. Die psychotherapeutische Fachperson soll diese Grundhaltung im therapeutischen Kontext aussprechen und offenlegen, auch wenn eine Desistenz/ Detransition eher selten vorkommt (siehe Kapitel II, 4). Diese Transparenz einer verlaufsoffenen Grundhaltung seitens der Fachperson soll bei der behandlungssuchenden Person das Vertrauen fördern, sich zu öffnen, und Ängsten vorbeugen, andere zu enttäuschen (siehe Kapitel V, 6.5).
Kapitel VI Einbeziehung des familiären Beziehungsumfelds und Familiendynamik			
VI.K1.	Sorgeberechtigte und Erziehende sollten darüber informiert werden, dass Therapieversuche, die darauf abzielen, das Zugehörigkeitsempfinden des Kindes zu einem Geschlecht entgegen seinem	Sorgeberechtigte und Erziehende **sollen** darüber informiert werden, dass Therapieversuche, die darauf abzielen, das Zugehörigkeitsempfinden des Kindes zu einem Geschlecht entgegen seinem geäußerten Empfinden zu verändern,	Die DGPPN spricht sich für einen stärkeren Empfehlungsgrad zur Information von Sorgeberechtigten bzgl. der Schädlichkeit von Versuchen das geschlechtliche Zugehörigkeitsempfinden des Kindes zu beeinflussen, aus.

	Aktuelle Fassung der LL	DGPPN-Sondervotum	
Nr.	**Empfehlung**	**Alternative Empfehlung**	**Begründung**
	geäußerten Empfinden zu verändern, schädlich und unethisch sind.	schädlich ~~**und unethisch sind**~~ **sein können**.	Da Konversionsbehandlungen in Deutschland unter Strafe verboten sind (BGB 2020), empfiehlt die DGPPN eine entsprechende Information. Dieses Gesetz gilt für alle am Menschen durchgeführten Behandlungen, die auf die Veränderung oder Unterdrückung der sexuellen Orientierung oder der selbstempfundenen geschlechtlichen Identität gerichtet sind. Sorgeberechtigte und Erziehende sollen über den rechtlichen Rahmen informiert, sowie vor schädlichen psychischen Auswirkungen eines Beeinflussungsversuches hinsichtlich des Zugehörigkeitsempfinden des Kindes zu einem Geschlecht gewarnt werden.
VI.K2.	Sorgeberechtigte und Erziehende sollten darüber informiert werden, dass für Kinder und Jugendliche mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie die sichere und stetige Erfahrung, von der eigenen Familie akzeptiert und unterstützt zu werden, bei der Selbstfindung und je nach Verlauf bei einem sozialen Coming-Out, einer Rollenerprobung und einer Transition für einen günstigen Verlauf der psychischen Gesundheit wesentlich ist.	Sorgeberechtigte und Erziehende **sollen** darüber informiert werden, dass für Kinder und Jugendliche mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie die sichere und stetige Erfahrung, von der eigenen Familie akzeptiert und unterstützt zu werden, bei der Selbstfindung und je nach Verlauf bei einem sozialen Coming-Out, einer Rollenerprobung und einer Transition für einen günstigen Verlauf der psychischen Gesundheit wesentlich ist.	Die DGPPN spricht sich für einen stärkeren Empfehlungsgrad zur Information von Sorgeberechtigten bzgl. des Stellenwertes von Akzeptanz, aus. Unterstützung und Akzeptanz der Familie für Kinder und Jugendliche mit GI/GD gilt als protektiver Faktor (siehe Kapitel VI, 2). Insofern kommt der Haltung von Sorgeberechtigten und Erziehenden eine zentrale Rolle für die psychische Gesundheit im Entwicklungsprozess von Kindern und Jugendlichen mit GI/GD zu. Dabei sollte gleichzeitig die Anpassungsleistung der Familienangehörigen selbst an die ggf. verunsichernde Situation nicht verkannt werden. Zur Vorbeugung psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen mit GI/GD, wie z.B. Depression, Angststörung, selbstverletzendes Verhalten, Suizidgedanken bis hin zu Suizidversuchen (siehe Kapitel IV, 2), sollen Sorgeberechtigte und Erziehende frühzeitig darüber aufgeklärt werden, wie wichtig die familiäre Akzeptanz und Unterstützung für ihre Kinder ist, um so einen akzeptierenden, familiären Rahmen zu fördern.

	Aktuelle Fassung der LL	DGPPN-Sondervotum	
Nr.	**Empfehlung**	**Alternative Empfehlung**	**Begründung**
Kapitel VII Indikationsstellung für körpermodifizierende medizinische Interventionen			
VII.E1.	Es gibt aus nicht kontrollierten Verlaufsstudien Hinweise dafür, dass sich bei Patient*innen mit im Jugendalter diagnostizierter persistierender Geschlechtsdysphorie, die im Zusammenhang mit einer sozial unterstützten Transition eine gestufte körpermodifizierende Behandlung erhalten, eine langfristige Verbesserung von Lebensqualität und psychischer Gesundheit im Erwachsenenalter zeigt. Evidenzgrad: niedrig (2 Studien mit unterschiedlichen Kohorten aus dem gleichen Zentrum) Referenzen: (Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997; de Vries et al., 2011, 2014)	**~~Es gibt aus nicht kontrollierten Verlaufsstudien Hinweise dafür, dass sich bei Patient*innen mit im Jugendalter diagnostizierter persistierender Geschlechtsdysphorie, die im Zusammenhang mit einer sozial unterstützten Transition eine gestufte körpermodifizierende Behandlung erhalten, eine langfristige Verbesserung von Lebensqualität und psychischer Gesundheit im Erwachsenenalter zeigt.~~**	Die DGPPN spricht sich für eine Streichung dieser Aussage zum Wissensstand aus. Eine eindeutige Aussage zur Verbesserung der Lebensqualität und der psychischen Gesundheit im Erwachsenenalter für Kinder und Jugendliche mit persistierender GD, die im Zusammenhang mit einer sozialen Transition eine körpermodifizierende Behandlung erhielten, ist aufgrund der jetzigen Evidenzlage aus Sicht der DGPPN nicht möglich. Entscheidungen für medizinische Maßnahmen, die in eine nicht abgeschlossene biologische Reifeentwicklung eingreifen, implizieren eine besondere Herausforderung und ethische Verantwortung für alle Beteiligten. Zu berücksichtigen sind einerseits die im Einzelfall anzunehmende potenzielle Ergebnisoffenheit der psychosexuellen und Identitätsentwicklung sowie andererseits die stetig zunehmende Irreversibilität der somatosexuellen Reifeentwicklung und die ggf. daraus resultierenden erhöhten Risiken für die psychische Gesundheit. Bei der Entscheidung für medizinische Behandlungsschritte zur Pubertätsblockade oder Geschlechtsangleichung im Jugendalter ist daher eine sorgfältige Abwägung von zu erwartendem Nutzen und Risiko vorzunehmen. Die möglichen gesundheitlichen Folgerisiken einer von Betroffenen im Nachhinein bereuten Entscheidung für eine medizinische Behandlung oder einer sich aus anderen Gründen als fehlindiziert herausstellenden Behandlung sind demnach gegenüber Gesundheitsrisiken abzuwägen, die sich bei einem

	Aktuelle Fassung der LL	DGPPN-Sondervotum	
Nr.	**Empfehlung**	**Alternative Empfehlung**	**Begründung**
			Aufschub oder Nicht-Einleiten einer medizinischen Behandlung ergeben können. Die in der Empfehlung erwähnten Arbeiten und Endpunkte sind selektiv und geben die Evidenz nicht umfassend in angebrachter Weise wieder. Drei auf systematischer Literatursichtung basierende Übersichtsarbeiten kommen zu dem Ergebnis, für Jugendliche mit persistierender GI könne man noch keine generelle positive Nutzen-Risiko-Bewertung für eine hormonelle Pubertätsblockade aussprechen (National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2020; Taylor, et al., 2024a; Zepf et al., 2024). Auch für die geschlechtsangleichende Hormontherapie wird erheblicher Forschungsbedarf konstatiert (Taylor, et al., 2024b; Zepf et al., 2024). Zur Bewertung des Einsatzes von geschlechtsmodifizierender Hormonbehandlung bei Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie/-inkongruenz mangelt es an qualitativ hochwertiger Forschung. Mäßig aussagekräftige Studien deuten darauf hin, dass sich die psychische Gesundheit während der geschlechtsmodifizierenden Hormonbehandlung verbessern kann, aber es sind hierzu noch belastbare Studien erforderlich. Für andere Endpunkte, als die psychische Gesundheit können noch gar keine Schlussfolgerungen gezogen werden (Taylor et al. 2024b). Nach Auffassung der DGPPN ist die Studienlage insgesamt (noch) nicht ausreichend, eine evidenzbasierte Aussage zur Lebensqualität und psychischer Gesundheit im Erwachsenenalter nach

	Aktuelle Fassung der LL	DGPPN-Sondervotum	
Nr.	**Empfehlung**	**Alternative Empfehlung**	**Begründung**
			körpermodifizierender Behandlung im Jugendalter zu treffen, weder in die eine noch in die andere Richtung. <u>Referenzen</u> ▪ National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2020). Evidence review: Gonadotrophin releasing hormone analogues for children and adolescents with gender dysphoria. https://cass.independent-review.uk/wp-content/uploads/2022/09/20220726_Evidence-review_GnRH-analogues_For-upload_Final.pdf ▪ Taylor, J., Mitchell, A., Hall, R., Heathcote, C., Langton, T., Fraser, L., & Hewitt, C. E. (2024a). Interventions to suppress puberty in adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: A systematic review. Archives of Disease in Childhood. https://adc.bmj.com/content/109/Suppl_2/s33 ▪ Taylor, J., Mitchell, A., Hall, R., Langton, T., Fraser, L., & Hewitt, C. E. (2024b). Masculinising and feminising hormone interventions for adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: A systematic review. Archives of Disease in Childhood, archdischild-2023-326670. https://adc.bmj.com/content/109/Suppl_2/s48 ▪ Zepf, F. D., König, L., Kaiser, A., Ligges, C., Ligges, M., Roessner, V., Banaschewski, T., & Holtmann, M. (2024). Beyond NICE: Aktualisierte systematische Übersicht zur Evidenzlage der Pubertätsblockade und Hormongabe bei Minderjährigen mit Geschlechtsdysphorie. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 52(3), 167–187. https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1024/1422-4917/a000972

	Aktuelle Fassung der LL	DGPPN-Sondervotum	
Nr.	**Empfehlung**	**Alternative Empfehlung**	**Begründung**
VII.K.xx.	Bevor körpermodifizierende medizinische Maßnahmen zur Behandlung einer Geschlechtsinkongruenz bzw. Gechlechtsdysphorie im Jugendalter eingeleitet werden, sollten Behandelnde Patient*innen und ihre Sorgeberechtigten auf die hohe Relevanz einer klinischen Verlaufsbeobachtung in Form einer hierfür geeigneten medizinische Nachsorge hinweisen und diese anbieten.	Bevor körpermodifizierende medizinische Maßnahmen zur Behandlung einer Geschlechtsinkongruenz bzw. Ge**s**chlechtsdysphorie im Jugendalter eingeleitet werden, **sollen** Behandelnde Patient*innen und ihre Sorgeberechtigten auf die hohe Relevanz einer klinischen Verlaufsbeobachtung in Form einer hierfür geeigneten medizinischen Nachsorge hinweisen und diese anbieten.	Die DGPPN spricht sich für einen stärkeren Empfehlungsgrad zur Information über die Relevanz der medizinischen Nachsorge bei körpermodifizierenden Maßnahmen aus. Die Begründung dieses Sondervotums ist bei Empfehlung VII.K.yy. ausgeführt.
VII.K.yy.	Sofern längsschnittliche wissenschaftliche Verlaufsbeobachtungen (z.B. Registerstudien) zu körpermodifizierenden medizinischen Maßnahmen bei Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie im Jugendalter verfügbar und für die Patient*innen erreichbar sind, sollten Behandelnde darüber informieren und daran mitwirken, dass den Patient*innen eine Studienteilnahme angeboten wird.	Sofern **klinische Studien oder** längsschnittliche wissenschaftliche Verlaufsbeobachtungen (z.B. Registerstudien) zu körpermodifizierenden medizinischen Maßnahmen bei Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie im Jugendalter verfügbar und für die Patient*innen erreichbar sind, **sollen** Behandelnde darüber informieren und daran mitwirken, dass den Patient*innen eine Studienteilnahme angeboten wird.	Die DGPPN spricht sich für einen stärkeren Empfehlungsgrad für eine wissenschaftliche Begleitung von körpermodifizierenden Maßnahmen aus, nicht nur in Verlaufsbeobachtungen, sondern auch in klinischen Studien. Aufgrund der bisher unsicheren bzw. fehlenden Evidenz zu den Konsequenzen von körpermodifizierenden medizinischen Maßnahmen bei GI/GD im Jugendalter, kommen klinischen Langzeitbeobachtungen im Nachsorgesetting sowie klinischen Studien eine besondere Bedeutung zu. Der diagnostische Prozess zur Stellung einer Indikation und somit der notwendigen Legitimation für medizinischen Maßnahmen ist komplex und umstritten. Daraus ergibt sich die Verpflichtung, das Wissen zu GI zu mehren und Forschung aktiv zu fördern. Ein stärkerer Empfehlungsgrad fördert die Umsetzung entsprechender Studien. Die Einschränkung auf rein längsschnittliche wissenschaftliche Verlaufsbeobachtungen wird von der DGPPN als zu eng beurteilt, sodass die Fachgesellschaft eine Erweiterung auf alle klinischen Studien mit diesem Sondervotum formuliert. Der DGPPN ist

	Aktuelle Fassung der LL	DGPPN-Sondervotum	
Nr.	**Empfehlung**	**Alternative Empfehlung**	**Begründung**
			bewusst, dass bestimmte Studiendesigns mit GI/GD-Fragestellungen methodische Herausforderungen aufweisen, z. B. im Bereich von Verblindung (siehe McNamara et al., 2024). Dennoch ist eine Verbesserung der Evidenzlage mit Fokus auf methodisch hochwertige und von Ethikkommissionen zugelassenen Studiendesigns geboten, um daraus sichere Empfehlungen ableiten zu können. Nicht nur Jugendliche mit GI/GD selbst können in Studien profitieren, z. B. durch eine engmaschige Nachsorge, sondern die gesamte Patientengruppe. Wenn entsprechende Studien verfügbar und für Betroffene erreichbar sind, ist die Information und Aufklärung über die Studie und ein Angebot zur Studienteilnahme aus Sicht der DGPPN obligat. <u>Referenzen:</u> ▪ McNamara, M., Baker, K., Connelly, K., Janssen, A., Olson-Kennedy, J., Pang, K. C., Scheim, A., Turban, J., & Alstott, A. (2024). An Evidence-Based Critique of "The Cass Review" on Gender-affirming Care for Adolescent Gender Dysphoria. https://law.yale.edu/sites/default/files/documents/integrity-project_cass-response.pdf
VII.K0.	Für eine fachgerechte Indikationsstellung sind spezielle Fachkenntnisse und mehrjährige Erfahrung in der Prozessbegleitung und Behandlung von Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz erforderlich. Fachpersonen ohne hinreichende spezielle Vorkenntnisse und Erfahrungen in diesem Bereich sollten zur fachlichen Absicherung einer Indikationsstellung eine hinreichend	Für eine fachgerechte Indikationsstellung sind spezielle Fachkenntnisse und mehrjährige Erfahrung in der Prozessbegleitung und Behandlung von Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz erforderlich. Fachpersonen ohne hinreichende spezielle Vorkenntnisse und Erfahrungen in diesem Bereich **sollen** zur fachlichen Absicherung einer Indikationsstellung eine hinreichend	Die DGPPN spricht sich für einen stärkeren Empfehlungsgrad für die Indikationsstellung durch eine hinreichend erfahrene Fachperson aus. Für eine fachgerechte Indikationsstellung einer körpermodifizierenden medizinischen Intervention ist es nach Auffassung der DGPPN unabdingbar, dass sich die indikationsstellende Fachperson, die keine mehrjährige Erfahrung in der Prozessbegleitung und Behandlung von Jugendlichen mit GI hat, fachlich absichert und die Entscheidung nicht allein fällt. Diese

	Aktuelle Fassung der LL	DGPPN-Sondervotum	
Nr.	**Empfehlung**	**Alternative Empfehlung**	**Begründung**
	erfahrene Fachperson oder eine Spezialambulanz bzw. ein spezialisiertes Behandlungszentrum hinzuziehen.	erfahrene Fachperson oder eine Spezialambulanz bzw. ein spezialisiertes Behandlungszentrum hinzuziehen.	fachliche Absicherung kann beispielsweise durch das Hinzuziehen von spezialisierten Behandlungszentren, einer Zweitmeinung von einer erfahrene Fachperson, konsiliarischen Mitbeurteilungen oder Fallkonferenzen erfolgen. Das Hinzuziehen erfahrener Fachkolleg*innen betrifft auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit von psychologischen, psychiatrischen und endokrinologischen Fachgebieten, aufgrund der komplexen Thematik (z. B. Hinzuziehen von Fachpersonen mit Autismus-Expertise bei Jugendlichen mit GI/GD aus dem Autismusspektrum).
VII.K2.	Die Fachkenntnis der Personen, die den kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutisch-psychotherapeutischen Teil der Indikation für eine Pubertätsblockade bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie stellen, sollte folgende formalen Anforderungen erfüllen: Allgemeine Qualifikationen: Eine der folgenden für das Kindes- und Jugendalter spezifischen Qualifikationen: D: - fachärztliche Gebietsbezeichnung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie - Approbation für Kinder- und Jugendpsychotherapie	Die Fachkenntnis der Personen, die den kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutischen Teil der Indikation für eine Pubertätsblockade bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie stellen, **soll** folgende formalen Anforderungen erfüllen: Allgemeine Qualifikationen: Eine der folgenden für das Kindes- und Jugendalter spezifischen Qualifikationen: D: - fachärztliche Gebietsbezeichnung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie - Approbation für Kinder- und Jugendpsychotherapie	Die DGPPN spricht sich für einen stärkeren Empfehlungsgrad hinsichtlich der notwendigen Qualifikation der psychiatrisch-psychotherapeutische Fachperson für die Indikationsstellung für eine Pubertätsblockade aus. Die aufgeführten Qualifikationen sind maßgeblich relevant und unbedingte Voraussetzung für eine fachgerechte Indikationsstellung (zur Pubertätsblockade, geschlechtsverändernden Hormonbehandlung, Mastektomie oder Brustverkleinerung). Die Letztverantwortung für eine Indikationsstellung muss, aus Sicht der DGPPN, fachärztlich getragen werden. Die DGPPN macht an dieser Stelle auch deutlich, dass die Empfehlung nicht losgelöst von den Empfehlungen VII.K0., VII.K1.; VII.K12. und VII.K23. betrachtet werden können. Über die formale Qualifikation hinaus, müssen mehrjährige Erfahrung in der Prozessbegleitung und Behandlung von Jugendlichen mit GI/GD sowie das unbedingte Hinzuziehen weiterer, erfahrener

	Aktuelle Fassung der LL	DGPPN-Sondervotum	
Nr.	**Empfehlung**	**Alternative Empfehlung**	**Begründung**
	- fachärztliche Gebietsbezeichnung für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie CH: - Fachärzt*in für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Foederatio Medicorum Helveticorum/FMH) - Eidgenössisch anerkannte*r Psychotherapeut*in A: - Fachärzt*in für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Fachärzt*in für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin - Eintragung als Psychotherapeut*in mit Weiterbildung in Säuglings-, Kinder- und Jugendpsychotherapie - Oder alternativ bei entsprechend ausgewiesener klinischer Expertise in der Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen: D: - Fachärztliche Gebietsbezeichnung für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - Approbation für Psychologische Psychotherapie	- fachärztliche Gebietsbezeichnung für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie CH: - Fachärzt*in für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Foederatio Medicorum Helveticorum/FMH) - Eidgenössisch anerkannte*r Psychotherapeut*in A: - Fachärzt*in für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Fachärzt*in für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin - Eintragung als Psychotherapeut*in mit Weiterbildung in Säuglings-, Kinder- und Jugendpsychotherapie - Oder alternativ bei entsprechend ausgewiesener klinischer Expertise in der Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen: D: - Fachärztliche Gebietsbezeichnung für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - Approbation für Psychologische Psychotherapie	fachärztlicher Expertisen und die interdisziplinäre Zusammenarbeit berücksichtigt werden.

	Aktuelle Fassung der LL	DGPPN-Sondervotum	
Nr.	**Empfehlung**	**Alternative Empfehlung**	**Begründung**
	CH: - Facharzttitel Psychiatrie und Psychotherapie(FMH) A: - Fachärzt*in für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, Fachärzt*in für Psychiatrie und Neurologie Eintragung als Psychotherapeut*in, Eintragung als klinische*r Psycholog*in.	CH: - Facharzttitel Psychiatrie und Psychotherapie(FMH) A: - Fachärzt*in für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, Fachärzt*in für Psychiatrie und Neurologie	
VII.K10.	Bei gegebener Einwilligungsfähigkeit (D)/Urteilsfähigkeit (CH) /Entscheidungsfähigkeit (A) der minderjährigen Person sollte ein Co-Konsens der Sorgeberechtigten angestrebt werden.	Bei gegebener Einwilligungsfähigkeit (D)/Urteilsfähigkeit (CH) /Entscheidungsfähigkeit (A) der minderjährigen Person **soll** ein Co-Konsens der Sorgeberechtigten angestrebt werden.	Die DGPPN spricht sich für einen stärkeren Empfehlungsgrad zum Anstreben des Co-Konsens mit den Sorgeberechtigten vor körpermodifizierenden medizinischen Interventionen aus. Die familiäre Akzeptanz und Unterstützung für eine soziale Transition und insbesondere körpermodifizierenden Maßnahmen inklusive operativer Geschlechtsveränderung ist von entscheidender Bedeutung für die psychische Gesundheit von Jugendlichen mit GI und gilt als protektiver Faktor. Insofern soll ein Co-Konsens der Sorgeberechtigten unbedingt angestrebt werden, um dem Risiko von psychischen Folgestörungen, wie Depression, Suizidalität oder selbstschädigendes Risikoverhalten, vorzubeugen (siehe Kapitel IV und VI).
VII.K11.	In Fällen, in denen kein Co-Konsens zwischen Patient*in und Sorgeberechtigten besteht, sollte eine intensive Prozessbegleitung des Familiensystems durch eine geeignete Fachperson mit familientherapeutischer	In Fällen, in denen kein Co-Konsens zwischen Patient*in und Sorgeberechtigten besteht, **soll** eine intensive Prozessbegleitung des Familiensystems durch eine geeignete Fachperson mit familientherapeutischer	Die DGPPN spricht sich für einen stärkeren Empfehlungsgrad für eine familientherapeutischen Prozessbegleitung, wenn kein Co-Konsens vorliegt, aus. Kann ein Co-Konsens nicht erreicht werden, so soll im Sinne der psychischen Gesundheit der Kinder und Jugendlichen mit einer

	Aktuelle Fassung der LL	DGPPN-Sondervotum	
Nr.	**Empfehlung**	**Alternative Empfehlung**	**Begründung**
	Expertise angeboten werden mit dem Ziel, dass eine Unterstützung des/der Patient*in ermöglicht wird. Eine solche Prozessbegleitung wird nur empfohlen, wenn hierdurch keine schädlichen Auswirkungen auf das gesundheitliche/psychische Wohl des/der Patient*in zu erwarten sind. In solchen Fällen ist eine Prüfung des Kindeswohls angezeigt.	Expertise angeboten werden mit dem Ziel, dass eine Unterstützung des/der Patient*in ermöglicht wird. Eine solche Prozessbegleitung wird nur empfohlen, wenn hierdurch keine schädlichen Auswirkungen auf das gesundheitliche/psychische Wohl des/der Patient*in zu erwarten sind. In solchen Fällen ist eine Prüfung des Kindeswohls angezeigt.	intensiven familientherapeutischen Prozessbegleitung der Versuch unternommen werden, einen akzeptierenden familiären Rahmen zu fördern, es sei denn bei einer familientherapeutische Intervention wären psychisch schädliche Auswirkungen auf die betroffenen Jugendlichen zu erwarten (wie z.B. bei vom Jugendamt unterstützter räumlicher Trennung nach Misshandlungserfahrungen bei erhaltenem Sorgerecht)“ (siehe Kapitel VII 6.2.6. und 6.3.6.).
VII.K13.	Die Fachkenntnis der Personen, die den kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutisch-psychotherapeutischen Teil der Indikation für eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie stellen, sollte folgende formalen Anforderungen erfüllen: Eine der folgenden für das Jugendalter spezifischen Qualifikationen: D: - fachärztliche Gebietsbezeichnung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie - Approbation für Kinder- und Jugendpsychotherapie	Die Fachkenntnis der Personen, die den kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutisch-psychotherapeutischen Teil der Indikation für eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie stellen, **soll** folgende formalen Anforderungen erfüllen: Eine der folgenden für das Jugendalter spezifischen Qualifikationen: D: - fachärztliche Gebietsbezeichnung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie - Approbation für Kinder- und Jugendpsychotherapie	Die DGPPN spricht sich für einen stärkeren Empfehlungsgrad hinsichtlich der notwendigen Qualifikation der psychiatrisch-psychotherapeutische Fachperson für die Indikationsstellung geschlechtsmodifizierenden Hormonbehandlung aus. Die Letztverantwortung für eine Indikationsstellung muss, aus Sicht der DGPPN, fachärztlich getragen werden. Die Begründung dieses Sondervotums ist bei Empfehlung VII.K2. ausgeführt.

	Aktuelle Fassung der LL	DGPPN-Sondervotum	
Nr.	**Empfehlung**	**Alternative Empfehlung**	**Begründung**
	- fachärztliche Gebietsbezeichnung für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie CH: - FMH-Titel Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie - Eidgenössisch anerkannte Psychotherapeut*in A: - Fachärzt*in für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Fachärzt*in für Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin - Eintragung als Psychotherapeut*in mit Weiterbildung in Säuglings-, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Oder alternativ bei entsprechend klinischer Expertise in der Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen: D: - Fachärztliche Gebietsbezeichnung für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	- fachärztliche Gebietsbezeichnung für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie CH: - FMH-Titel Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie - Eidgenössisch anerkannte Psychotherapeut*in A: - Fachärzt*in für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Fachärzt*in für Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin - Eintragung als Psychotherapeut*in mit Weiterbildung in Säuglings-, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Oder alternativ bei entsprechend klinischer Expertise in der Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen: D: - Fachärztliche Gebietsbezeichnung für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	

	Aktuelle Fassung der LL	DGPPN-Sondervotum	
Nr.	**Empfehlung**	**Alternative Empfehlung**	**Begründung**
	- Approbation für Psychologische Psychotherapie CH: - FMH-Titel Psychiatrie und Psychotherapie A: - Fachärzt*in für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, Fachärzt*infür Psychiatrie und Neurologie - Eintragung als Psychotherapeut*in, Eintragung als klinische*r Psycholog*in	- Approbation für Psychologische Psychotherapie CH: - FMH-Titel Psychiatrie und Psychotherapie A: - Fachärzt*in für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, Fachärzt*infür Psychiatrie und Neurologie - Eintragung als Psychotherapeut*in, Eintragung als klinische*r Psycholog*in	
VII.K18.	Besteht vor einer Indikationsstellung einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung eine über den geschlechtsdysphorischen Leidensdruck hinausgehende koinzidente psychische Störung, die mit der Behandlung interferiert, sollte in einem integrierten bzw. vernetzten Behandlungskonzept eine fachgerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Intervention empfohlen und angeboten werden. Dabei sollen im Dialog mit dem/der Patient*in die Behandlungsschritte priorisiert werden.	Besteht vor einer Indikationsstellung einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung eine über den geschlechtsdysphorischen Leidensdruck hinausgehende koinzidente psychische Störung, die mit der Behandlung interferiert, **soll** in einem integrierten bzw. vernetzten Behandlungskonzept eine fachgerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Intervention empfohlen und angeboten werden. Dabei sollen im Dialog mit dem/der Patient*in die Behandlungsschritte priorisiert werden.	Die DGPPN spricht sich für einen stärkeren Empfehlungsgrad für die vernetzte Behandlung einer koinzidenten psychischen Störung aus, wenn eine geschlechtsmodifizierende Hormonbehandlung geplant ist. Jugendliche mit GI/GD weisen eine Häufung von koinzidenten, psychischen Störungen auf (siehe Kapitel IV). Um eine klare Indikationsstellung und damit den Behandlungserfolg einer körpermodifizierenden medizinischen Intervention, wie eine geschlechtsmodifizierende Hormonbehandlung (GAH) oder Mastektomie bzw. Brustverkleinerung, möglichst zu gewährleisten, ist es nach Meinung der DGPPN unabdingbar, koinzidente psychische Störungen, die mit der körpermodifizierenden Intervention interferieren können, fachgerecht zu behandeln. Dafür ist eine psychiatrisch-psychotherapeutische Diagnostik (Assessment) im Vorfeld der Indikationsstellung für eine körpermodifizierende Intervention notwendig.

	Aktuelle Fassung der LL	DGPPN-Sondervotum	
Nr.	**Empfehlung**	**Alternative Empfehlung**	**Begründung**
			Durch die vernetzte Behandlung einer koinzidenten psychische Störung soll sichergestellt werden, dass die Jugendlichen in ihrer individuellen Entscheidung über körpermodifizierende medizinische Interventionen sicher sind und die Behandelnden eine klare Indikationsstellung aufgrund eindeutiger geschlechtsdysphorischer Symptome stellen können. Die Behandlung einer koinzidenten psychischen Störung ist auch deshalb von großer Bedeutung, weil sie die Einwilligungsfähigkeit negativ beeinflussen kann. Dabei ist es wichtig, dass die einzelnen Behandlungsschritte sowohl für die koinzidente, interferierende psychische Störung als auch für die körpermodifizierende Intervention mit den Patient*innen im Dialog geplant und priorisiert werden, um Adhärenz zu fördern.
VII.K19.	Vor einer Indikationsstellung für eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung im Jugendalter sollen Jugendliche und ihre Sorgeberechtigten über die möglichen Auswirkungen der Behandlung auf Sexualität, Fertilität, Beziehungserleben, Körpererleben, mögliche Diskriminierungserfahrungen und weitere geschlechtsangleichende körpermodifizierende Behandlungsschritte aufgeklärt werden. Auf die Möglichkeiten fertilitätserhaltender medizinischer Maßnahmen sollte hierbei hingewiesen und der Zugang zu einer hierfür	Vor einer Indikationsstellung für eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung im Jugendalter sollen Jugendliche und ihre Sorgeberechtigten über die möglichen Auswirkungen der Behandlung auf Sexualität, Fertilität, Beziehungserleben, Körpererleben, mögliche Diskriminierungserfahrungen und weitere geschlechtsangleichende körpermodifizierende Behandlungsschritte aufgeklärt werden. Auf die Möglichkeiten fertilitätserhaltender medizinischer Maßnahmen **soll** hierbei hingewiesen und der Zugang zu einer hierfür spezialisierten Beratung ermöglicht werden.	Die DGPPN spricht sich für einen stärkeren Empfehlungsgrad dahingehend aus, dass auf die Möglichkeiten fertilitätserhaltender medizinischer Maßnahmen hingewiesen werden soll. Für eine informierte Entscheidungsfindung der Jugendlichen und ihrer Sorgeberechtigten sind Kenntnisse um die Behandlungsauswirkungen und um die medizinischen Möglichkeiten unabdingbar. Beides soll immer Teil einer informierten Aufklärung vor einer Indikationsstellung sein.

	Aktuelle Fassung der LL	DGPPN-Sondervotum	
Nr.	**Empfehlung**	**Alternative Empfehlung**	**Begründung**
	spezialisierten Beratung ermöglicht werden.		
VII.K21.	Bei gegebener Einwilligungsfähigkeit (D)/Urteilsfähigkeit (CH)/Entscheidungsfähigkeit (A) des/der Patient*in betreffend die Durchführung einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung sollte ein Co-Konsens der Sorgeberechtigten angestrebt werden.	Bei gegebener Einwilligungsfähigkeit (D)/Urteilsfähigkeit (CH)/Entscheidungsfähigkeit (A) des/der Patient*in betreffend die Durchführung einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung **soll** ein Co-Konsens der Sorgeberechtigten angestrebt werden.	Die DGPPN spricht sich für einen stärkeren Empfehlungsgrad zum Anstreben des Co-Konsens mit den Sorgeberechtigten vor körpermodifizierenden medizinischen Interventionen aus. Die Begründung dieses Sondervotums ist bei Empfehlung VII.K10. ausgeführt.
VII.K22.	In Fällen, in denen kein Co-Konsens zwischen Patient*in und Sorgeberechtigten besteht, sollte eine intensive Prozessbegleitung des Familiensystems durch eine geeignete Fachperson angeboten werden mit dem Ziel, dass eine Unterstützung des/der Patient*in ermöglicht wird. Eine solche Prozessbegleitung wird nur empfohlen, wenn hierdurch keine schädlichen Auswirkungen auf das gesundheitliche/psychische Wohl des/der Patient*in zu erwarten sind.	In Fällen, in denen kein Co-Konsens zwischen Patient*in und Sorgeberechtigten besteht, **soll** eine intensive Prozessbegleitung des Familiensystems durch eine geeignete Fachperson angeboten werden mit dem Ziel, dass eine Unterstützung des/der Patient*in ermöglicht wird. Eine solche Prozessbegleitung wird nur empfohlen, wenn hierdurch keine schädlichen Auswirkungen auf das gesundheitliche/psychische Wohl des/der Patient*in zu erwarten sind.	Die DGPPN spricht sich für einen stärkeren Empfehlungsgrad für eine familientherapeutischen Prozessbegleitung, wenn kein Co-Konsens vorliegt, aus. Die Begründung dieses Sondervotums ist bei Empfehlung VII.K11. ausgeführt.
VII.K24.	Die Qualifikation der Fachperson für den jugendpsychiatrisch-psychotherapeutisch-psychotherapeutischen Teil der	Die Qualifikation der Fachperson für den jugendpsychiatrisch-psychotherapeutisch-psychotherapeutischen Teil der	Die DGPPN spricht sich für einen stärkeren Empfehlungsgrad hinsichtlich der notwendigen Qualifikation der psychiatrisch-psychotherapeutische Fachperson für die Indikationsstellung

	Aktuelle Fassung der LL	DGPPN-Sondervotum	
Nr.	**Empfehlung**	**Alternative Empfehlung**	**Begründung**
	Indikationsstellung einer geschlechtsangleichenden Mastektomie oder Brustverkleinerung Operation bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie sollte folgende Anforderungen erfüllen: Eine der folgenden für das Kindes- und Jugendalter spezifischen Qualifikationen: D: - fachärztliche Gebietsbezeichnung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie - Approbation für Kinder- und Jugendpsychotherapie - fachärztliche Gebietsbezeichnung für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie CH: - FMH-Titel Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie - Eidgenössisch anerkannte*r Psychotherapeut*in A: - Fachärzt*in für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Fachärzt*in für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin	Indikationsstellung einer geschlechtsangleichenden Mastektomie oder Brustverkleinerung Operation bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie **soll** folgende Anforderungen erfüllen: Eine der folgenden für das Kindes- und Jugendalter spezifischen Qualifikationen: D: - fachärztliche Gebietsbezeichnung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie - Approbation für Kinder- und Jugendpsychotherapie - fachärztliche Gebietsbezeichnung für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie CH: - FMH-Titel Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie - Eidgenössisch anerkannte*r Psychotherapeut*in A: - Fachärzt*in für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Fachärzt*in für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin	geschlechtsmodifizierende Mastektomie oder Brustverkleinerung aus. Die Letztverantwortung für eine Indikationsstellung muss, aus Sicht der DGPPN, fachärztlich getragen werden. Die Begründung dieses Sondervotums ist bei Empfehlung VII.K2. ausgeführt.

	Aktuelle Fassung der LL	DGPPN-Sondervotum	
Nr.	**Empfehlung**	**Alternative Empfehlung**	**Begründung**
	- Eintragung als Psychotherapeut*in mit Weiterbildung in Säuglings-, Kinder- und Jugendpsychotherapie Oder alternativ bei entsprechend ausgewiesener klinischer Expertise in der Diagnostik und Behandlung von Jugendlichen: D: - Fachärztliche Gebietsbezeichnung für Psychiatrie und Psychotherapie,Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - Approbation für Psychologische Psychotherapie CH: - FMH-Titel Psychiatrie und Psychotherapie A: - Fachärzt*in für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, Fachärzt*infür Psychiatrie und Neurologie - Eintragung als Psychotherapeut*in, Eintragung als klinische*r Psycholog*in	- Eintragung als Psychotherapeut*in mit Weiterbildung in Säuglings-, Kinder- und Jugendpsychotherapie Oder alternativ bei entsprechend ausgewiesener klinischer Expertise in der Diagnostik und Behandlung von Jugendlichen: D: - Fachärztliche Gebietsbezeichnung für Psychiatrie und Psychotherapie,Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - Approbation für Psychologische Psychotherapie CH: - FMH-Titel Psychiatrie und Psychotherapie A: - Fachärzt*in für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, Fachärzt*infür Psychiatrie und Neurologie - Eintragung als Psychotherapeut*in, Eintragung als klinische*r Psycholog*in	

	Aktuelle Fassung der LL	DGPPN-Sondervotum	
Nr.	**Empfehlung**	**Alternative Empfehlung**	**Begründung**
VII.K26.	Zur Vorbereitung einer geschlechtsangleichenden Mastektomie oder Brustverkleinerung bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie sollte eine soziale Erprobung der gewünschten Geschlechtsrolle erfolgen, sofern dies mit dem Diskriminierungsschutz vereinbar ist. In Fällen, in denen die soziale Unterstützung durch das Umfeld nicht ausreicht, sollte eine psychotherapeutische Begleitung des Transitionsprozesses angeboten werden.	Zur Vorbereitung einer geschlechtsangleichenden Mastektomie oder Brustverkleinerung bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie sollte eine soziale Erprobung der gewünschten Geschlechtsrolle erfolgen, sofern dies mit dem Diskriminierungsschutz vereinbar ist. In Fällen, in denen die soziale Unterstützung durch das Umfeld nicht ausreicht, **soll** eine psychotherapeutische Begleitung des Transitionsprozesses angeboten werden.	Die DGPPN spricht sich für einen stärkeren Empfehlungsgrad bezüglich eines Angebots für eine begleitende Psychotherapie im Transitionsprozess aus, wenn das soziale Umfeld wenig Unterstützung bietet. Die DGPPN sieht es unter sozialen Umständen mit mangelnder Unterstützung und ggf. fehlender Akzeptanz als essenziell an, einen Transitionsprozess fachgerecht zu begleiten, um das Risiko von psychischen Folgestörungen, wie Depression, Suizidalität oder selbstschädigendes Risikoverhalten, vorzubeugen (siehe Kapitel IV und VI).
VII.K28.	Besteht vor einer Indikationsstellung einer geschlechtsangleichenden Mastektomie bzw. Brustverkleinerung eine über den geschlechtsdysphorischen Leidensdruck hinausgehende koinzidente psychische Störung, die mit der Behandlung interferiert, sollte in einem integrierten bzw. vernetzten Behandlungskonzept eine fachgerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Intervention empfohlen werden.	Besteht vor einer Indikationsstellung einer geschlechtsangleichenden Mastektomie bzw. Brustverkleinerung eine über den geschlechtsdysphorischen Leidensdruck hinausgehende koinzidente psychische Störung, die mit der Behandlung interferiert, **soll** in einem integrierten bzw. vernetzten Behandlungskonzept eine fachgerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Intervention empfohlen werden. **Dabei sollen im Dialog mit dem/der Patient*in die Behandlungsschritte priorisiert werden.**	Die DGPPN spricht sich für einen stärkeren Empfehlungsgrad für die vernetzte Behandlung einer koinzidenten psychischen Störung sowie für die gemeinsame Priorisierung der Behandlungsschritte, wenn eine geschlechtsmodifizierende Mastektomie bzw. Brustverkleinerung geplant ist, aus. Die Begründung dieses Sondervotums ist bei Empfehlung VII.K18. ausgeführt Anlog zu Empfehlung VII.K18. soll der Satz eingefügt werden „Dabei sollen im Dialog mit dem/der Patient*in die Behandlungsschritte priorisiert werden.“

	Aktuelle Fassung der LL	DGPPN-Sondervotum	
Nr.	**Empfehlung**	**Alternative Empfehlung**	**Begründung**
VII.K30.	Bei gegebener Einwilligungsfähigkeit (D)/ Urteilsfähigkeit (CH)/ Entscheidungsfähigkeit (A) der minderjährigen Person sollte ein Co-Konsens der Sorgeberechtigten angestrebt werden.	Bei gegebener Einwilligungsfähigkeit (D)/ Urteilsfähigkeit (CH)/ Entscheidungsfähigkeit (A) der minderjährigen Person **soll** ein Co-Konsens der Sorgeberechtigten angestrebt werden.	Die DGPPN spricht sich für einen stärkeren Empfehlungsgrad zum Anstreben des Co-Konsens mit den Sorgeberechtigten vor körpermodifizierenden medizinischen Interventionen aus. Die Begründung dieses Sondervotums ist bei Empfehlung VII.K10. ausgeführt.
Kapitel VIII Somatische Aspekte hormoneller Interventionen			
VIII.K6.	Bei einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung mit Testosteron sollten Wachstum und Skelettalter berücksichtigt werden. Bei trans männlichen Jugendlichen im Wachstum kann unter Berücksichtigung der Wachstumsprognose die Dosierung von Testosteron ggf. langsamer gesteigert werden als bei bereits ausgewachsenen Jugendlichen.	Bei einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung mit Testosteron **sollen** Wachstum und Skelettalter berücksichtigt werden. Bei trans männlichen Jugendlichen im Wachstum kann unter Berücksichtigung der Wachstumsprognose die Dosierung von Testosteron ggf. langsamer gesteigert werden als bei bereits ausgewachsenen Jugendlichen.	Die DGPPN spricht sich für einen stärkeren Empfehlungsgrad, was die Berücksichtigung des Längenwachstums und des Skelettalters bei trans männlichen Jugendlichen betrifft, aus. Sexualhormone beeinflussen auch das Knochenwachstum in der Pubertät. Bei einer geschlechtsverändernden Hormonbehandlung mit Testosteron bei noch nicht ausgewachsenen Jugendlichen soll ein zu schneller Verschluss der Epiphysenfugen verhindert und dafür aus klinischer Sorgfalt das Knochenalter bestimmt werden (siehe Kapitel VIII.2.3. und 4.1).
VIII.K7.	Bei auftretenden Blutungen unter Testosteronbehandlung sollte die Ursache sorgsam evaluiert werden. Es kann überlappend additiv ein Gestagenpräparat oder GnRH-Analogon eingesetzt werden, um die Regelblutung zu unterdrücken.	Bei auftretenden Blutungen unter Testosteronbehandlung **soll** die Ursache sorgsam evaluiert werden. Es kann überlappend additiv ein Gestagenpräparat oder GnRH-Analogon eingesetzt werden, um die Regelblutung zu unterdrücken.	Die DGPPN spricht sich für einen stärkeren Empfehlungsgrad hinsichtlich der Ursachensuche bei Blutungen unter Testosteronbehandlung aus. Auch wenn Menstruationsblutungen unter Testosteron bei 25% der trans Jugendlichen auftreten, empfiehlt die DGPPN eine obligatorische sorgsame Evaluation, da dies der üblichen klinischen Sorgfalt entspricht.

Anhang B

Review: nationale und internationale Behandlungsempfehlungen für Geschlechtsdysphorie bei Kindern und Jugendlichen

Stand: Oktober 2024

Inhaltsverzeichnis

Übersicht der DELBI-Bewertungen 2
AACAP (2012, USA) 3
AAP (2018, USA) 5
Académie nationale de médecine (2022, Frankreich) 7
APA (2015, USA) 9
COHERE (2020, Finnland) 11
Endocrine Society (2017, international) 14
Helsedirektoratet (2021, Norwegen) 17
NHS England (2024) 20
RANZCP (2021, Australien & Neuseeland) 25
Socialstyrelsen (2022, Schweden) 27
UKOM (Norwegen, 2023) 31
WPATH (international, 2022) 34
Quellen 37

Übersicht der DELBI-Bewertungen

Institution (Jahr)	**Domäne 1:** Geltungsbereich und Zweck	**Domäne 2:** Beteiligung von Interessensgruppen	**Domäne 3:** Methodologische Exaktheit	**Domäne 4:** Klarheit und Gestaltung	**Domäne 5:** Generelle Anwendbarkeit	**Domäne 6:** Redaktionelle Unabhängigkeit	**Domäne 7:** Anwendbarkeit in Deutschland
AACAP (2012, USA)	0,33	0,13	0,31	0,38	0	0,42	0,19
AAP (2018, USA)	0,33	0,17	0,07	0,13	0,06	0,33	0,08
Académie nationale de médecine (2022, Frankr.)	0,22	0	0,05	0,25	0	0,00	0,11
APA (2015, USA)	0,33	0,25	0,24	0,29	0,11	0,42	0,11
COHERE (2020, Finnland)	0,56	0,25	0,33	0,50	0,33	0	0,22
Endocrine Society (2017, international)	0,44	0,25	0,40	0,63	0,22	0,50	0,42
Helsedirektoratet (2021, Norwegen)	0,22	0,58	0,05	0,50	0	0	0,22
NHS England (2024)	0,44	0,33	0,38	0,50	0,33	0,17	0,33
RANZCP (2021, Australien & Neuseeland)	0,33	0,04	0,05	0,17	0,06	0,08	0,11
Socialstyrelsen (2022, Schweden)	0,56	0,50	0,62	0,67	0,00	0,33	0,28
UKOM (2023, Norwegen)	0,33	0,17	0,05	0,50	0,00	0	0,17
WPATH (2022, international)	0,61	0,42	0,50	0,63	0,28	0,50	0,44

kontinuierliche Farbskala mit folgende Ankern:	0	0,50	1

Zur Einschätzung, wie sehr die reviewten Dokumente den Qualitätsmaßstäben für Leitlinien und ähnliche Veröffentlichungen mit Empfehlungen für die klinische Praxis genügen, wurde das DELBI-Instrument (Beyer et al., 2008) mit einer oder zwei reviewenden Personen genutzt, auch wenn z.T. die reviewten Dokumente im engeren Sinne keine Leitlinien sind. Nach einem DELBI-Rating wird die methodische Güte der Empfehlungen für die in der Tabelle genannten 7 Domänen auf einer Skala von 0 (schlechte Qualität) bis 1 (sehr gute Qualität) angegeben.

AACAP (2012, USA)

Titel:
Practice parameter on gay, lesbian, or bisexual sexual orientation, gender nonconformity, and gender discordance in children and adolescents

Herausgebende Institution:
Academy of Child and Adolescent Psychiatry [AACAP] (US-amerikanische Fachgesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie)

Autor*innen & Jahr:
Adelson, S. L. & The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Committee on Quality Issues (2012)

Art der Publikation und Verbindlichkeit:
Sammlung von Behandlungsprinzipien; keine Verbindlichkeit, es wird auf individuelle klinische Entscheidungsfindung verwiesen

Methodik der Erstellung:
- Steward L. Adelson wurde als klinischer Experte in Zusammenarbeit mit einem Subkomitee der AACAP mit der Erarbeitung von Behandlungsprinzipien bei Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz oder mit nicht-heterosexueller Sexualorientierung beauftragt. Die Aufgabenteilung innerhalb dieses Subkomitees und zum Erstautor wird nicht berichtet.
- Es wurde eine systematische Literaturrecherche zu diesem Themenbereich durchgeführt, welche beschrieben ist. Es ist zu vermuten, dass diese Recherche durch eine oder mehrere Personen aus dem Subkomitee durchgeführt wurden. Die Auswahl von Literatur nach der Suche wurde nur grob beschrieben.
- Auf dieser Basis wurden Behandlungsprinzipien formuliert. Den Prozess der Konsensfindung und der Grad der Konsensstärke wird nicht berichtet. Die Art der Beteiligung von Patient*innen oder ihren Bezugspersonen ist nicht beschrieben; auch wenn dies grundsätzlich als im Prozess der Entwicklung vorkommend genannt wird. Namentlich genannte externe Expert*innen wurden ohne nähere Angabe der Art beteiligt. Es habe ein Review durch die AACAP stattgefunden. Es gibt eine grobe Angabe zu Interessenskonflikten und es ist eine Finanzierung durch die AACAP zu vermuten.

Abweichende Empfehlungen:
Keine abweichenden Empfehlungen erkennbar.

Konsensstärke:
Nicht angegeben

Evidenzgrade oder Empfehlungsstärke:
Keine Graduierung der (Gesamt-)Evidenz oder Empfehlungsstärken angeben.

Zusammenfassende DELBI-Bewertung:

Geltungsbereich & Zweck	*Beteiligung v. Interessensgruppen*	*Methodische Exaktheit*	*Klarheit*	*Generelle Anwendbarkeit*	*Redaktionelle Unabhängigkeit*	*Anwendbarkeit in Deutschland*
0,33	*0,13*	*0,31*	*0,38*	*0*	*0,42*	*0,19*

Zur Einschätzung, wie sehr die reviewten Dokumente den Qualitätsmaßstäben für Leitlinien und ähnliche Veröffentlichungen mit Empfehlungen für die klinische Praxis genügen, wurde das DELBI-Instrument (Beyer et al., 2008) mit einer oder zwei reviewenden Personen genutzt, auch wenn z.T. die reviewten Dokumente im engeren Sinne keine Leitlinien sind. Nach einem DELBI-Rating wird die methodische Güte der Empfehlungen für die in der Tabelle genannten 7 Domänen auf einer Skala von 0 (schlechte Qualität) bis 1 (sehr gute Qualität) angegeben.

Methodenkritische Bewertung auf Basis von DELBI:

- Der Geltungsbereich und Zweck wird grob beschrieben, was in einer geringen bis mittelgradigen Bewertung nach DELBI deutlich wird. Die relevanten klinischen Leitfragen sind eher allgemein und wenig spezifisch. Die Patient*innen-Zielgruppe ist wenig eindeutig beschrieben; einige Begriffe dazu sind allerdings im Glossar definiert. Eine Schwierigkeit diesbezüglich ist, dass für Kinder und Jugendliche sowie Patient*innen mit nicht-heterosexueller Orientierung und Geschlechtsinkongruenz oft gemeinsame Empfehlungen angegeben werden, obwohl die zugrundeliegende Evidenz z.T. separat zu betrachten ist.
- Die Beteiligung von Interessensgruppen erreicht geringe Werte. Die Zielgruppe der Anwender*innen ist eindeutig benannt, wobei nicht auf indirekte Anwender*innen eingegangen wird. Es wurden nicht alle relevanten Fachdisziplinen beteiligt, keine Erhebung von Präferenzen und Ansichten von Patient*innen vorgenommen und keine Pilotstudie durchgeführt.
- Die methodische Exaktheit der Leitlinien-Entwicklung ist als gering bis mittelgradig einzuordnen. Es wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt und vollumfänglich beschrieben. Bereits die Einschluss- und Ausschlusskriterien wurden nicht klar angegeben. Ein Konsensusverfahren wird angegeben, aber nicht nachvollziehbar beschrieben und keine Konsensusstärke berichtet. Es fand ein Review durch die AACAP (bei einer Mitgliederversammlung) statt. Es sind keine Evidenz- oder Empfehlungsgrade angeben. Der Ablauf nach 5 Jahren wird auf der Website angegeben, aber kein Verfahren zur Aktualisierung.
- Die Klarheit und Gestaltung ist gemäß DELBI als gering bis mittelgradig einzuschätzen. Die Empfehlungen sind z.T. eindeutig, problematisch ist diesbezüglich wieder die gemeinsame Betrachtung von Kinder, Jugendlichen, sexueller Orientierung und Geschlechtsinkongruenz. Es werden kaum unterschiedliche Behandlungsoptionen in den Empfehlungen benannt. Die Schlüsselempfehlungen sind durch Fettdruck durchgängig leicht zu identifizieren.
- Die generelle Anwendbarkeit ist als sehr gering einzuschätzen. Es wurde weder eine Analyse von Barrieren noch des Ressourcenaufwands durchgeführt. Auch wurden keine Messgrößen zum Monitoring definiert. Die Anwendbarkeit im deutschen Gesundheitswesen kann als gering eingeschätzt werden.
- Die Finanzierung ist als durch die AACAP gegeben anzusehen. Es liegen Erklärungen über Interessenskonflikte ohne genaue Diskussion aller an den Empfehlungen Beteiligten vor. Dies bedeutet eine mittelgradige redaktionelle Unabhängigkeit.

Methodenkritische Bewertung der abweichenden Empfehlungen:

Entfällt, da keine abweichenden Empfehlungen erkennbar sind.

AAP (2018, USA)

Titel:
Ensuring comprehensive care and support for transgender and gender-diverse children and adolescents

Herausgebende Institution:
American Academy of Pediatrics [AAP] (US-amerikanische Fachgesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin)

Autor*innen & Jahr:
Rafferty, J., Yogman, M., Baum, R., Gambon, T. B., Lavin, A., Mattson, G. ... & Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health (2018)

Art der Publikation und Verbindlichkeit:
Grundsatzerklärung („Policy Statement"); keine Verbindlichkeit, es wird auf individuelle klinische Entscheidungsfindung verwiesen

Methodik der Erstellung:
- Als Autor wird Jason Rafferty als Experte für GD bei Kindern und Jugendlichen angegeben. Er übernimmt die Verantwortung für den gesamten Inhalt der Grundsatzerklärung und ist als alleiniger persönlicher Autor benannt. Die Rolle des „Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health" im Prozess bleibt unklar.
- Es wird keine systematische Evidenzrecherche, -auswahl oder -bewertung angegeben. Es wird kein Einbezug von Patient*innen oder anderen Stakeholder*innen deutlich. Die Finanzierung wird allgemein erklärt und es liegt eine generelle Angabe über die Abwesenheit von Interessenskonflikten vor.

Abweichende Empfehlungen:
1. Indikationsstellung für somatomedizinische Behandlung „wenn möglich" und „idealerweise" unter Einbezug einer Fachperson für psychische Gesundheit bei KiJu (z.B. KiJu-Psychiater*in).
2. Affirmation der Geschlechtsidentität auch bei präpubertären Kindern sei wichtig.

Konsensstärke:
Keine aufgrund der Einzelautorenschaft

Evidenzgrade oder Empfehlungsstärke:
Keine Graduierung der (Gesamt-)Evidenz oder Empfehlungsstärken angeben.

Zusammenfassende DELBI-Bewertung:

Geltungsbereich & Zweck	*Beteiligung*	*Methodische Exaktheit*	*Klarheit*	*Generelle Anwendbarkeit*	*Redaktionelle Unabhängigkeit*	*Anwendbarkeit in Deutschland*
0,33	0,17	0,07	0,13	0,06	0,33	0,08

Zur Einschätzung, wie sehr die reviewten Dokumente den Qualitätsmaßstäben für Leitlinien und ähnliche Veröffentlichungen mit Empfehlungen für die klinische Praxis genügen, wurde das DELBI-Instrument (Beyer et al., 2008) mit einer oder zwei reviewenden Personen genutzt, auch wenn z.T. die reviewten Dokumente im engeren Sinne keine Leitlinien sind. Nach einem DELBI-Rating wird die methodische Güte der Empfehlungen für die in der Tabelle genannten 7 Domänen auf einer Skala von 0 (schlechte Qualität) bis 1 (sehr gute Qualität) angegeben.

Methodenkritische Bewertung auf Basis von DELBI:
- Der Zweck und Geltungsbereich wird nach DELBI mit geringer bis mittelgradiger Qualität beschrieben. Ziele werden allgemein benannt und Leitfragen lassen sich erschließen, werden aber nicht explizit gemacht.

- Die Beteiligung vonn Interessensgruppen ist nach DELBI als qualitativ gering einzuschätzen. Es liegt eine Einzelautorenschaft vor und verschiedene relevante Fachgruppen wurden nur im Rahmen einer Konsultation in die Erarbeitung einbezogen. Es wird nicht deutlich, dass Patient*innen oder Bezugspersonen einbezogen wurden und die Anwenderzielgruppe ist definiert, jedoch keine indirekten Anwender*innen. Es liegt kein Bericht über eine Pilottestung vor.
- Die methodische Exaktheit ist nach DELBI als sehr gering einzuschätzen. Es wird weder eine systematische Evidenzsuche noch -auswahl oder -bewertung berichtet. Auch lässt sich kein Konsensusprozess erkennen und kein Verfahren zur Aktualisierung. Es wird erklärt, dass eine Begutachtung durch Expert*innen vor der Veröffentlichung stattgefunden habe, aber keine Details dazu.
- Die Klarheit und Gestaltung ist nach DELBI als gering einzuschätzen. Einige Empfehlungen sind eindeutig, jedoch nicht die Mehrheit (siehe z.B. „abweichende Empfehlungen"). Die Schlüsselempfehlungen werden zum Ende der Grundsatzerklärung gemeinsam, sind aber in der Gestaltung nicht hervorgehoben. Es werden kaum verschiedene Behandlungsoptionen benannt und es sind keine unterstützenden Materialien ersichtlich.
- Die generelle Anwendbarkeit ist ebenfalls als sehr gering zu bewerten. Gleiches gilt für die Anwendbarkeit im deutschen Gesundheitswesen. Es wurden keine Analyse von Barrieren oder des Ressourcenaufwands durchgeführt. Auch wurden keine Messgrößen zum Monitoring definiert.
- Es liegen allgemeine Erklärungen zur Abwesenheit von Interessenskonflikten und zur Finanzierung der Grundsatzerklärung vor. Da diese nicht spezifiziert sind, ist dies als gering bis mittelgradige Qualität nach DELBI zu bewerten.

Methodenkritische Bewertung der abweichenden Empfehlungen:

ad1 Die Empfehlung scheint uneindeutig formuliert. Wenn die Empfehlung so gemeint ist, dass eine Diagnostik durch Fachkräfte für psychische Gesundheit bei KiJu nicht notwendig ist, sondern nur wenn durch die Familie gewünscht, steht dies im Widerspruch zu anderen internationalen Behandlungsstandards (z.B. Coleman et al., 2022). Diese sehen oft keine verpflichtende Psychotherapie vor (im Sinne von Interventionen), sie sehen aber die Notwendigkeit einer fachgerechten Diagnostik psychischer Probleme vor. Die bisherigen Evaluationsstudien von körpermedizinischer Behandlung bei KiJu mit GD sahen dies im Behandlungsprotokoll auch vor (Cohen-Kettenis & Goozen, 1997; de Vries et al., 2014). Es wird auch keine explizite Begründung angegeben, weshalb Pubertätsblockade oder geschlechtsangleichende Hormone nur „idealerweise" bzw. „wenn möglich" multidisziplinär (also unter der Beteiligung von Fachkräften für psychische Gesundheit) stattfinden sollte.

ad2 Auch diese Empfehlung scheint uneindeutig. Entscheidend ist hier, was mit Affirmation gemeint ist. Falls sich das auf das Respektieren der Geschlechtsidentität und z.B. die Verwendung gewünschter Pronomen bezieht, wäre dies vor dem Hintergrund der Vermeidung von Stigmatisierung etc. wohl begründbar. Da die diesbezüglichen Formulierungen eher unklar scheinen, könnte auch eine Empfehlung eines sozialen Rollenwechsels in der Kindheit gemeint sein. Hier ist zu berücksichtigen, dass dies eine Entscheidung der Familie im individuellen Fall ist.

Académie nationale de médecine (2022, Frankreich)

Titel:
La médecine face à la transidentité de genre chez les enfants et les adolescents (Die Medizin im Umgang mit Transidentität des Geschlechts bei Kindern und Jugendlichen)

Herausgebende Institution:
Académie nationale de médecine (sich selbst rekrutierende Gelehrtengesellschaft von Mediziner*innen verschiedener Fachrichtungen in Frankreich; keine staatliche oder halbstaatliche Organisation)

Autor*innen & Jahr:
Keine genannt (2022)

Art der Publikation und Verbindlichkeit:
Pressemitteilung; keine Verbindlichkeit anzunehmen

Weitere einbezogene Primär-Dokumente:
englischsprachige Fassung der Pressemitteilung: (Académie nationale de médecine, 2022b)

Methodik der Erstellung:
Es wird keinerlei Methodik berichtet. Es wird ein Abstimmungsergebnis in der Gesamtversammlung der Académie angegeben (siehe „Konsensstärke"). Autor*innen sind nicht benannt. Es ist keine spezifische Expertise für die Gesundheitsversorgung von KiJu mit GD in der beschließenden Gruppe erkennbar. Expert*innen wurden nicht erkennbar angehört.

Abweichende Empfehlungen:
- Vorsicht bzgl. sozialer Medien bei KiJu mit GI, unter der Annahme, dass der Einfluss sozialer Medien im Sinne der Beeinflussung Jugendlicher an den steigenden Prävalenzzahlen von GD im Jugendalter beteiligt sei.

Konsensstärke:
Mehrheitliche Empfehlung (74,7% bei 59 Ja-Stimmen, 20 Nein-Stimmen, 13 Enthaltungen)

Evidenzgrade oder Empfehlungsstärke:
Keine Graduierung der (Gesamt-)Evidenz oder Empfehlungsstärken angeben.

Zusammenfassende DELBI-Bewertung:

Geltungsbereich & Zweck	*Beteiligung*	*Methodische Exaktheit*	*Klarheit*	*Generelle Anwendbarkeit*	*Redaktionelle Unabhängigkeit*	*Anwendbarkeit in Deutschland*
0,22	0	0,05	0,25	0	0	0,11

Zur Einschätzung, wie sehr die reviewten Dokumente den Qualitätsmaßstäben für Leitlinien und ähnliche Veröffentlichungen mit Empfehlungen für die klinische Praxis genügen, wurde das DELBI-Instrument (Beyer et al., 2008) mit einer oder zwei reviewenden Personen genutzt, auch wenn z.T. die reviewten Dokumente im engeren Sinne keine Leitlinien sind. Nach einem DELBI-Rating wird die methodische Güte der Empfehlungen für die in der Tabelle genannten 7 Domänen auf einer Skala von 0 (schlechte Qualität) bis 1 (sehr gute Qualität) angegeben.

Methodenkritische Bewertung auf Basis von DELBI:
- Die Beschreibung des Geltungsbereichs und Zwecks ist nach DELBI als von geringer Qualität einzuschätzen. Die Patient*innenzielgruppe wird einmalig und undifferenziert benannt. Die relevanten klinischen Fragen sind z.T. zu erschließen und die Ziele werden nicht beschrieben.
- Die Beteiligung von Interessensgruppen ist als sehr gering einzuschätzen. Werden keinerlei Beteiligte in der Erarbeitung benannt, keine Patient*innen beteiligt, die Anwenderzielgruppe nicht definiert und keine Pilotstudie durchgeführt.

- Die Methodische Exaktheit der Erstellung ist ebenfalls als sehr gering einzuschätzen. Es ist keine systematische Evidenzsuche, -auswahl oder -bewertung erkennbar. Auch wird kein strukturierter Konsensusprozess über eine einfache Abstimmung hinaus berichtet. Es fand keine externe Begutachtung oder Konsultation statt und es ist keine Gültigkeitsdauer oder Aktualisierungsprozedere angegeben.
- Die Klarheit der Gestaltung ist nach DELBI gering. Es sind alle Empfehlungen durch Hervorhebung eindeutig zu identifizieren. Allerdings sind sie durchgehend uneindeutig formuliert und es werden keine Behandlungsoptionen diskutiert.
- Die generelle Anwendbarkeit ist als sehr gering einzuschätzen. Es wurde weder eine Analyse von Barrieren noch des Ressourcenaufwands durchgeführt. Auch wurden keine Messgrößen zum Monitoring definiert. Die Anwendbarkeit im deutschen Gesundheitswesen ist als gering einzuschätzen.
- Die Redaktionelle Unabhängigkeit ist nach DELBI als sehr gering einzuschätzen. Es liegen keine Erklärungen zur Finanzierung oder zu Interessenskonflikten vor.

APA (2015, USA)

Titel:
Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people

Herausgebende Institution:
American Psychological Association [APA] (US-amerikanischer Berufsverband von Psycholog*innen)

Autor*innen & Jahr:
dickey, l. m., Singh, A. A., Bockting W. O., Chang, S., Ducheny, K., Edwards-Leeper, L. ... & Magalhaes, E.

Art der Publikation und Verbindlichkeit:
Richtlinien ohne Verbindlichkeit der Empfehlungen

Methodik der Erstellung:
- Zur Erstellung der Richtlinie für die psychologische Arbeit mit Personen mit GD wurde eine Arbeitsgruppe der APA beauftragt. Dieser Arbeitsgruppe gehörten verschiedene Expert*innen im Bereich KiJu mit GD an. Die Arbeitsgruppenmitglieder waren alle Mitglieder der APA und damit Psycholog*innen. Die Arbeitsgruppenmitglieder wurden im Rahmen eines Bewerbungsprozesses durch ein Komitee der APA ausgewählt. 50% der Arbeitsgruppenmitglieder identifizierten sich als transgender. Der Bereich der Richtlinie umfasst Personen mit GD jedes Alters, nicht nur Kinder und Jugendliche. Es sind allerdings einige Empfehlungen explizit für Kinder und/oder Jugendliche spezifiziert.
- Die Arbeitsgruppenmitglieder führten eine Literaturrecherche durch, deren Systematik nicht beschrieben ist. Es ist keine Systematik der Evidenzauswahl und -bewertung erkennbar. Die allgemeine geringe Studienqualität der Primärstudien aufgrund der Studiendesigns wird angegeben. Es wird angegeben, dass im Fall divergierender professioneller Meinungen dies im Dokument dokumentiert wurde. Es wird kein darüber hinausgehender Konsensusprozess beschrieben.
- Externe Expert*innen wurden während des Erstellungsprozesses und nach der Erstellung von Entwürfen der Richtlinie angehört. Es fand auch eine Konsultation bezüglich der Empfehlungen bei wissenschaftlichen Kongressen der APA und öffentliche Kommentierungsphasen statt.
- Die Finanzierung der Erarbeitung sei durch Organe der APA und durch zwei namentlich benannte Spender*innen erfolgt. Die Höhe der Finanzierung wird nicht angegeben. Bezüglich Interessenkonflikten der Mitglieder der Arbeitsgruppe der wird erklärt, dass einige Mitglieder der Arbeitsgruppe Honorare für Vorträge und Buch-Tantiemen auf Basis von Informationen aus der Richtlinie erhalten haben.

Abweichende Empfehlungen:
Keine

Konsensstärke:
Nicht angegeben

Evidenzgrade oder Empfehlungsstärke:
Keine Graduierung der (Gesamt-)Evidenz oder Empfehlungsstärken angeben.

Zusammenfassende DELBI-Bewertung:

Geltungsbereich & Zweck	*Beteiligung v. Interessensgruppen*	*Methodische Exaktheit*	*Klarheit*	*Generelle Anwendbarkeit*	*Redaktionelle Unabhängigkeit*	*Anwendbarkeit in Deutschland*
0,33	0,25	0,24	0,29	0,11	0,42	0,11

Zur Einschätzung, wie sehr die reviewten Dokumente den Qualitätsmaßstäben für Leitlinien und ähnliche Veröffentlichungen mit Empfehlungen für die klinische Praxis genügen, wurde das DELBI-Instrument (Beyer et al., 2008) mit einer oder zwei reviewenden Personen genutzt, auch wenn z.T. die reviewten Dokumente im engeren Sinne keine Leitlinien sind. Nach einem DELBI-Rating wird die methodische Güte der Empfehlungen für die in der Tabelle genannten 7 Domänen auf einer Skala von 0 (schlechte Qualität) bis 1 (sehr gute Qualität) angegeben.

Methodenkritische Bewertung auf Basis von DELBI:

- Die Qualität der Beschreibung von Geltungsbereich und Zweck ist nach DELBI als gering bis mittelgradig einzuschätzen. Das Ziel wird grob beschrieben, die zugrundeliegenden Leitfragen sind zu erschließen und die Patient*innenzielgruppe wird grob definiert. In einem Glossar werden die Begriffe bzgl. der Patient*innenstichprobe erläutert.
- Die Beteiligung von Interessensgruppen fiel nach DELBI qualitativ gering aus. Es wurden nur Psycholog*innen an der Erarbeitung direkt beteiligt, transgender-Personen waren Teil der erarbeitenden Gruppe und es gab eine öffentliche Konsultation. Die Anwenderzielgruppe wird explizit und relativ eindeutig definiert. Es fand keine Pilottestung statt.
- Die methodische Exaktheit der Erstellung ist nach DELBI als gering einzuschätzen. Es liegen keine Berichte über eine Systematik der Evidenzsuche, -auswahl und -bewertung vor. Ein strukturiertes Konsensusverfahren wird nicht berichtet, aber eine Abstimmung. Eine externe Begutachtung fand statt ohne dass diese genauer beschrieben wurde. Es ist ein Ablaufdatum der Richtlinie angegeben und die verantwortliche Stelle für die Aktualisierung wird benannt.
- Die Klarheit und Gestaltung ist nach DELBI ebenfalls als qualitativ gering einzuschätzen. Die Empfehlungen sind durch Hervorhebung durchgehend leicht zu identifizieren, aber es werden kaum verschiedene Behandlungsoptionen diskutiert und es sind keine unterstützenden Materialien ersichtlich. Die Empfehlungen sind z.T. aber nicht durchgehend eindeutig formuliert. Dies resultiert auch aus der Tatsache, dass die Patient*innenzielgruppe transgender-Personen jeden Alters umfasst.
- Die generelle Anwendbarkeit ist als sehr gering einzuschätzen, die Anwendbarkeit im deutschen Gesundheitssystem als gering. Es wurde weder eine Analyse von Barrieren noch des Ressourcenaufwands durchgeführt. Auch wurden keine Messgrößen zum Monitoring definiert.
- Die redaktionelle Unabhängigkeit ist nach DELBI als mittelgradig einzuschätzen. Es liegt eine Erklärung bezüglich der Finanzierung der Richtlinien vor und finanzielle Interessen der Arbeitsgruppenmitglieder werden ohne namentliche Nennung offengelegt.

Methodenkritische Bewertung der Empfehlungen:

Kann entfallen, weil keine abweichenden Empfehlungen formuliert werden

COHERE (2020, Finnland)

Titel:
Alaikäisten sukupuoli-identiteetin variaatioihin liittyvän dysforian lääketieteelliset hoitomenetelmät (Medizinische Behandlung von Dysphorie im Zusammenhang mit Geschlechtsidentitätsvarianten bei Minderjährigen)

Herausgebende Institution:
Palveluvalikoima (Council for Choices in Health Care in Finland [COHERE]; Finnland; staatliche Stelle)

Autor*innen & Jahr:
Lohiniva-Kerkelä, M., Ahinko, K., Burrell, R., Kaltiala, R., Laukkala, T., Koivuranta, E. ... Tynkkynen, L. (2020)

Art der Publikation und Verbindlichkeit:
Nationale Behandlungsrichtlinien mit verbindlichen Empfehlungen für die Erbringung/Inanspruchnahme von Leistungen in der staatlichen Gesundheitsversorgung

Weitere einbezogene Primär-Dokumente:
- Website des COHERE insb. zum Verfahren
- Memorandum und Anhänge zu den Behandlungsrichtlinien: COHERE (2022c)
- Englischsprachige Zusammenfassung der Behandlungsrichtlinien: COHERE (2022a)

Methodik der Erstellung:
- COHERE ist ein dem finnischen Gesundheitsministerium nachgeordnetes Gremium. Es befasst sich im Wesentlichen mit der Bestimmung der Leistungen, welche im staatlichen Gesundheitsdienst Finnlands erbracht werden (also welche Leistungen refinanziert werden, ähnlich dem deutschen Gemeinsamen Bundesausschuss). Mitglieder des COHERE sind Ärzt*innen aller Fachrichtungen, leitende Angestellte der Gesundheitsverwaltung und Gesundheitspolitiker*innen.
- Es wurde durch COHERE eine Fachkommission zur Erstellung einer Richtlinie, welche Gesundheitsleistungen bei GD bei KiJu durch den staatlichen Gesundheitsdienst erbracht werden sollten. Kriterien für die Auswahl der Mitglieder der Fachgruppe sind nicht ersichtlich. Es waren Expert*innen für GD bei KiJu beteiligt. Eine direkte Beteiligung von Patient*innen- bzw. Bezugspersonenvertreter*innen ist nicht ersichtlich.
- Ein Unternehmen wurde mit einer systematischen Literaturrecherche und deren Zusammenfassung zu verschiedenen Interventionen bei KiJu mit GD beauftragt. Der Prozess und das Verfahren sind in einem Anhang dokumentiert. Außerdem fand wenigsten eine einmalige Anhörung von Betroffenen-Verbänden statt.
- Es fanden mehrere Sitzungen der Fachkommission statt, in denen über die zu formulierenden Empfehlungen beraten wurde. Ein strukturiertes Konsensusverfahren für die Formulierung der Empfehlungen ist nicht ersichtlich. Letztlich wurde die Richtlinie vom COHERE beschlossen.
- Es findet sich auf der Website des COHERE ein allgemeiner Hinweis, dass eine Überprüfung von Interessenskonflikten immer stattfinde, für diese Richtlinie wird dies nicht spezifiziert. Es werden keine personenbezogenen Erklärungen zu Interessenskonflikten dokumentiert. Es finden sich keine Angaben zur Finanzierung der Richtlinie. Es ist davon auszugehen, dass diese aus Mitteln des COHERE getragen wurde. Es findet sich keine Erklärung zur Nicht-Beeinflussung durch COHERE.

Abweichende Empfehlungen:

1. Spezifische Behandlung von GI bei KiJu nur in spezialisierten Forschungszentren (in Helsinki und Tampere), nachdem etwaige psychische Störungen (durch Behandlung) ausgeräumt sind
2. Pubertätsblockade „von Fall zu Fall nach sorgfältiger Abwägung und angemessenen diagnostischen Tests“ möglich
3. Hormonbehandlung im Einzelfall unter folgenden Bedingungen:
   - klinische Einschätzung, dass GD persistent,
   - schwere Dysphorie vorhanden,
   - Einwilligungsfähigkeit gegeben und
   - keine Kontraindikationen
4. Keine geschlechtsangleichenden Operationen vor dem 18. Lj. (einschließlich Mastektomien)

Begründung für Empfehlungen:

- Es könne Ungewissheit über Geschlechtsidentität im Jugendalter bestehen. Veränderungen in Demografie implizierten besondere Vorsicht.
- Datenbasis zu Risiken von Pubertätsblockade, Hormonen und geschlechtsangleichenden Operationen bei Minderjährigen wird als nicht hinreichend angesehen. Darum könnten keine irreversiblen Maßnahmen empfohlen werden.
- Die finanziellen Kosten einer körpermedizinischen Behandlung seien erheblich. Eine öffentlich finanzierte Behandlung sei nur zu rechtfertigen, wenn der Nutzen als höher gegenüber den Risiken und Kosten nachgewiesen sei. Dies heiße nicht, dass eine solche Behandlung unethisch wäre.

Konsensstärke:

Nicht angegeben

Evidenzgrade oder Empfehlungsstärke:

Keine Graduierung der (Gesamt-)Evidenz oder Empfehlungsstärken angeben.

Zusammenfassende DELBI-Bewertung:

Geltungsbereich & Zweck	*Beteiligung*	*Methodische Exaktheit*	*Klarheit*	*Generelle Anwendbarkeit*	*Redaktionelle Unabhängigkeit*	*Anwendbarkeit in Deutschland*
0,56	0,25	0,33	0,50	0,33	0	0,22

Zur Einschätzung, wie sehr die reviewten Dokumente den Qualitätsmaßstäben für Leitlinien und ähnliche Veröffentlichungen mit Empfehlungen für die klinische Praxis genügen, wurde das DELBI-Instrument (Beyer et al., 2008) mit einer oder zwei reviewenden Personen genutzt, auch wenn z.T. die reviewten Dokumente im engeren Sinne keine Leitlinien sind. Nach einem DELBI-Rating wird die methodische Güte der Empfehlungen für die in der Tabelle genannten 7 Domänen auf einer Skala von 0 (schlechte Qualität) bis 1 (sehr gute Qualität) angegeben.

Methodenkritische Bewertung nach DELBI:

- Der Geltungsbereich und Zweck wird nach DELBI mit mittelgradiger Qualität definiert. Es werden allgemeine aber wenige spezifische Ziele formuliert und die den Empfehlungen zugrundeliegenden Fragen werden benannt, aber nicht durchgehend. Die Patient*innengruppe und der Versorgungsbereich wird eindeutig benannt. Relevant ist hier zu erwähnen, dass sich die Empfehlungen nur auf die Refinanzierung der öffentlichen Gesundheitsversorgung beziehen.
- Interessensgruppe wurden nach DELBI in geringem Ausmaß beteiligt. Es ist nicht klar, dass alle relevanten Fachgruppen (z.B. Endokrinolog*innen) einbezogen wurden. Auch wurde die Richtlinie letztlich nicht von dem Fachausschuss beschlossen, sondern von COHERE selbst. Betroffene wurden offenbar nur im Rahmen einer oder mehrerer Anhörungen einbezogen, aber

nicht in die Ausarbeitung von Empfehlungen selbst. Direkte Anwender*innen werden klar benannt, aber keine indirekten. Es ist keine Pilotstudie ersichtlich.

- Die methodische Exaktheit der Erstellung ist nach DELBI als gering bis mittelgradig einzuschätzen. Eine systematische Literatursuche wurde vollumfänglich fachgerecht dokumentiert. Es liegt keine Dokumentation über die Anzahl von Ein- und Ausschlüssen vor (z.B. nach PRISMA). Es allgemein eine Abstimmung der Empfehlungen beschrieben, es sind aber keine strukturierten Konsensustechniken (z.B. DELPHI) dokumentiert. Eine vorherige Begutachtung ist nicht ersichtlich. Es wird ausdrücklich eine zeitlich unbegrenzte Gültigkeit (außer bei initiativer Wiederbefassung des COHERE) erklärt.
- Die Qualität der Klarheit und Gestaltung kann nach DELBI als mittelgradig eingeschätzt werden. Die Schlüsselempfehlungen sind durchgängig leicht und eindeutig zu identifizieren. Unterschiedliche Behandlungsoptionen werden nur teilweise benannt. Es wurden keine Empfehlungsstärken benannt.
- Die generelle Anwendbarkeit ist nach DELBI als gering bis mittelgradig einzuschätzen. Organisatorische Barrieren der Empfehlungen (wie auch mögliche negative Auswirkungen) werden kaum diskutiert. Die finanziellen Auswirkungen werden angegeben und Messgrößen für das Monitoring werden benannt. Dabei beziehen sich diese Messgrößen aber nur indirekt auf die Wirkungen der getroffenen Empfehlungen. Die Anwendbarkeit im deutschen Gesundheitswesen kann nach DELBI als gering eingeschätzt werden.
- Die redaktionelle Unabhängigkeit ist nach DELBI als sehr gering zu bewerten. Es liegt keine Erklärung zur Finanzierung und der Nicht-Beeinflussung vor. Es liegen keine für die Richtlinie spezifischen Erklärungen über Interessenskonflikte der beteiligten Personen vor.

Methodenkritische Bewertung der Begründungen zu den Empfehlungen:

- Eine Veränderung der Population wird angenommen ohne Biases in der Erhebung und Inanspruchnahme zu berücksichtigen.
- Körpermedizinische Maßnahmen werden als in der Regel zu risikoreich eingeschätzt, wenn sie irreversibel seien. Es findet keine ethische Abwägung gegenüber den Risiken des Unterlassens bei fehlender Behandlungsalternative statt (bspw. Steigerung der Geschlechtsdysphorie durch fortschreitende Reifeentwicklung mit lebenslangen Folgen).
- Es ist hervorzuheben, dass in der ethischen Analyse hervorgehoben wird, dass unter medizinisch-ethischen Gesichtspunkten eine weitergehende Behandlung gerechtfertigt seien kann. Die Zurückhaltung bezüglich körpermedizinischer Maßnahmen leite sich insb. aus dem Prinzip ab, dass öffentlich finanzierte Behandlungen einen erwiesenen Nutzen und Effizienz benötigten und bei einer Situation von unklaren Risiken bei Behandlung und Risiken bei Nichtbehandlung die Nichtbehandlung vorzuziehen sei. Es ist also vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Zielsetzungen (bestmögliche Patient*innenversorgung durch eine Leitlinie gegenüber Rechtfertigung von Kostenerstattung von Gesundheitsleistungen hier) die Übertragbarkeit der Empfehlungen auf medizinische Leitlinien fraglich.

Die in Taylor et al. (2024) erfolgte Empfehlung dieser Leitlinie deckt sich nicht mit unseren DELBI-Bewertungen. Die Leitlinie besitzt relative Stärken (z.B. in der Beschreibung von Geltungsbereich und Zweck) jedoch auch Schwächen (z.B. ist keine redaktionelle Unabhängigkeit dokumentiert). Die unterschiedlichen Bewertungen könnten z.T. auf Unterschiede zum hier verwendeten DELBI-Instrument (Beyer et al., 2008) zurückgehen, welches gegenüber dem AGREE-II-Instrument (Brouwers et al., 2010) stärker operationalisiert ist.

Endocrine Society (2017, international)

Titel:
Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: An Endocrine Society clinical practice guideline

Herausgebende Institution:
Endocrine Society (internationale medizinische Fachgesellschaft für Endokrinologie)

Autor*innen & Jahr:

Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M. H. ... & T'Sjoen, G. G. (2017).

Art der Publikation und Verbindlichkeit:
Klinische Leitlinie ohne Verbindlichkeit

Weitere einbezogene Primär-Dokumente:
- Ergänzendes Material der Leitlinie (Gender Dysphoria/Gender Incongruence Guideline Resources) auf der Website der Endocrine Society
- Hembree et al. (2009; Ursprungsleitlinie)

Methodik der Erstellung:
- Es handelt sich um eine Aktualisierung einer Leitlinie aus dem Jahr 2009. Die Endocrine Society ist eine internationale Fachgesellschaft für Endokrinologie. Für die Ursprungsleitlinie und die Aktualisierung wurde von der Endocrine Society eine Arbeitsgruppe von Expert*innen in diesem Bereich mit der Erarbeitung der Leitlinie beauftragt. Kritieren für die Auswahl der Arbeitsgruppenmitglieder sind nicht erkennbar. Es ist nicht ersichtlich, dass Patient*innen- oder Bezugspersonenvertreter*innen in der Erarbeitung beteiligt wurden.
- Es wurden systematisches Reviews zu den Effekten von geschlechtsangleichenden Hormonen auf Blutwerte und kardiovaskuläre Outcomes sowie auf die Knochengesundheit durchgeführt. Die Methodik der Reviews wird kaum beschrieben. Die Ergebnisse der Reviews sind nur zusammenfassend beschrieben.
- Es wird sehr grob ein Konsensusprozess beschrieben. Es wurde aber offenbar kein strukturiertes Konsensusverfahren angewendet und keine Konsensstärke angegeben. Allerdings wurden von der Arbeitsgruppe die Empfehlungen hinsichtlich ihrer Empfehlungsstärke („we suggest", „we recommend") und hinsichtlich der Sicherheit der Evidenz graduiert. Es fand eine Konsultation zu Entwürfen der Leitlinie mit Mitglieder der Endocrine Society, weiterer endokrinologischer Fachgesellschaften sowie der WPATH (siehe unten) statt.
- Die Interessenskonflikte werden personalisiert berichtet. Es gibt einen allgemeinen Hinweis über die Finanzierung. Eine Erklärung der Nicht-Beeinflussung der Leitlinien durch die Finanzierer*innen wird nicht abgegeben.

Abweichende Empfehlungen:
1. Entscheidungen bezüglich sozialer Transitionen bei präpubertären Kindern sollten unter Hinzuziehung einer Fachkraft mit entsprechender Erfahrung getroffen werden. (Empfehlung 1.3; „Ungraded Good Practice Statement")
2. Jugendliche sollten bei gegebener Indikation zunächst mit Pubertätsblockade und erst anschließend mit geschlechtsangleichenden Hormonen behandelt werden. (Empfehlung 2.1, Empfehlungsstärke „suggest", geringer Evidenzgrad)

Konsensstärke:
Nicht angegeben; evtl. ist vollständiger Konsens der Arbeitsgruppenmitglieder erzielt worden

Evidenzgrade oder Empfehlungsstärke:
Angegeben: Bis auf wenige Ausnahmen ausschließlich geringe oder sehr geringe Evidenz; Gradierung der Empfehlungen als „suggest“ oder „recommend“ (siehe „abweichende Empfehlungen“)

Zusammenfassende DELBI-Bewertung:

Geltungsbereich & Zweck	*Beteiligung v. Interessensgruppe n*	*Methodische Exaktheit*	*Klarheit*	*Generelle Anwendbarkeit*	*Redaktionelle Unabhängigkeit*	*Anwendbarkeit in Deutschland*
0,44	0,25	0,40	0,63	0,22	0,50	0,42

Zur Einschätzung, wie sehr die reviewten Dokumente den Qualitätsmaßstäben für Leitlinien und ähnliche Veröffentlichungen mit Empfehlungen für die klinische Praxis genügen, wurde das DELBI-Instrument (Beyer et al., 2008) mit einer oder zwei reviewenden Personen genutzt, auch wenn z.T. die reviewten Dokumente im engeren Sinne keine Leitlinien sind. Nach einem DELBI-Rating wird die methodische Güte der Empfehlungen für die in der Tabelle genannten 7 Domänen auf einer Skala von 0 (schlechte Qualität) bis 1 (sehr gute Qualität) angegeben.

Methodenkritische Bewertung auf Basis von DELBI:
- Der Geltungsbereich und Zweck wird nach DELBI mit mittelgradiger Qualität definiert. Die Ziele der Leitlinie werden allgemein, aber nicht spezifisch benannt. Die zugrundeliegenden Leitfragen sind überwiegend aber nicht durchgehend zu erschließen. Die Patient*innenpopulation wird allgemein benannt.
- Die Beteiligung von Interessensgruppen ist nach DELBI als gering zu bewerten. Es wurden Fachpersonen einbezogen, aber für die Leitlinie relevante Fachdisziplinen (z.B. Chirurgie) wurden offenbar nicht direkt einbezogen. Sie wurden aber evtl. im Rahmen der Konsultation einbezogen. Eine Beteiligung von Patient*innen an der Erarbeitung ist nicht erkennbar. Die Anwenderzielgruppe wird definiert. Es fand keine Pilottestung statt.
- Die methodische Exaktheit kann nach DELBI als qualitativ mittelgradig eingeschätzt werden. Eine systematische Literatursuche angegeben, aber keine Suchsyntax etc. Ein- und Ausschlusskriterien werden nicht explizit benannt. Es wird allgemein ein Konsensus bezüglich der Empfehlungen beschrieben, es sind aber keine strukturierten Konsensustechniken (z.B. DELPHI) dokumentiert. Es sind Evidenzgrade und Empfehlungsstärken angegeben. Eine vorherige Konsultation bei verschiedenen anderen Fachgesellschaften wurde durchgeführt. Es werden keine Angaben zur Gültigkeitsdauer oder zum Verfahren von Aktualisierungen gemacht. Allerdings handelt es sich selbst um eine Aktualisierung, sodass eine solche stattfinden kann.
- Die Klarheit der Gestaltung kann nach DELBI als mittelgradig bis gut eingeschätzt werden. Die Empfehlungen der Leitlinie sind überwiegend eindeutig und es sind grob verschiedene Handlungsoptionen dargestellt. Die Schlüsselempfehlung sind zu Beginn zusammengefasst und durchgehend leicht zu identifizieren. Es liegt umfangreiches Material zur Dissemination vor.
- Die Anwendbarkeit ist nach DELBI als gering einzuschätzen. Es werden nur implizit Barrieren in der Anwendung benannt und keine Implikationen bezüglich der Ressourcen angeben Messgrößen zum Monitoring werden kaum definiert. Die Anwendbarkeit im deutschen Gesundheitswesen kann nach DELBI als mittelgradig eingeschätzt werden.
- Die redaktionelle Unabhängigkeit kann nach DELBI ebenfalls als mittelgradig eingeschätzt werden. Die Interessenskonflikte der an der Erarbeitung Beteiligten sind persönlich dokumentiert. Es wird kein Einfluss der Erklärungen zu Interessenskonflikten auf die Arbeitsweise dargestellt. Die Finanzierung kann als durch die Endocrine Society angenommen

werden (entsprechender Hinweis auch bzgl. Interessenskonflikterklärungen vorhanden). Eine genauere Aufschlüsselung ist nicht vorhanden.

Methodenkritische Bewertung der Empfehlungen:

- Die Empfehlung wird dahingehend begründet, dass GD im Kindesalter zum Großteil mit dem Einsetzen der Pubertät desistiere. Bei einer vollständigen sozialen Transition im Kindesalter falle es bei einer Desistenz schwer, die Transition „rückgängig zu machen". Die GD von Kindern nach einer soziale Transition desistiere seltener. Die Richtung der Kausalität wird angenommen (seltenere Desistenz durch soziale Transition oder soziale Transition häufiger bei von vornherein geringer Wahrscheinlichkeit einer Desistenz). Es wird explizit erklärt, dass das Ausdrücken von geschlechtsvariantem Verhalten bei Kindern nicht unterdrückt werden solle. Es wird nicht diskutiert, inwiefern diese Wahl einer Transition im Gesundheitswesen anzusiedeln ist oder eine ausschließlich erzieherische Frage in der Eltern-Kind-Dyade ist.
- Es wird impliziert, dass Jugendliche eine Pubertätsblockade erhalten sollen bevor eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung stattfindet. Es ist unklar, ob dies verpflichtend auch im höheren Jugendalter vorgesehen ist oder nur optional. Als Gründe für die Empfehlung wird genannt, dass die diagnostische Phase durch Pubertätsblockade verlängert werden könne. Die Pubertätsblockade sei vollständig reversibel. Die Vorteile der Pubertätsblockade werden nicht gegen unerwünschte Wirkungen, die besonders im höheren Jungendalter auftreten (z.B. fehlende Zunahme der Knochendichte), abgewogen.

Helsedirektoratet (2021, Norwegen)

Titel:
Kjønnsinkongruens. Nasjonal faglig retningslinje (Geschlechterinkongruenz. Nationale fachliche Leitlinie)

Herausgebende Institution:
Helsedirektoratet (Norwegen; nationale Gesundheitsbehörde)

Autor*innen & Jahr:
Roland, B., Myrberg, A. J., Kolås, T., Aasen, C. & Stubberud Stey, K. (2021)

Art der Publikation und Verbindlichkeit:
Nationale Leitlinie mit verbindlichen Empfehlungen

Methodik der Erstellung:
- Die nationale Leitlinie wurde vom Gesundheitsministerium Norwegens zur Umsetzung eines Aktionsplans gegen Diskriminierung. Sie gehe aber auch auf den Wunsch von Fachpersonen, Patient*innen und weiteren Stakeholdern zurück, die eine Vereinheitlichung der Behandlungsstandards wünschten. Die Leitlinie erfasst die Behandlung von Geschlechtsdysphorie im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Das Gesundheitsministerium berief eine Lenkungs- und eine Projektgruppe zur Erarbeitung der Leitlinie, wobei letztere die redaktionelle Verantwortung für die Leitlinie trägt. Außerdem wurde eine Referenzgruppe von diversen Stakeholdern zur Konsultation eingesetzt. Kriterien für die Auswahl der Beteiligten werden nicht genannt. Wenigstens ind der Referenzgruppe wurden Expert*innen beteiligt.
- Es ist keine Systematik der Evidenzrecherche, -auswahl oder -bewertung erkennbar. Als Kriterien für die Empfehlungen der Leitlinie werden Nutzen der Behandlungen, notwendige Ressourcen und Schweregrad des Zustands benannt.
- Es wird kein strukturierter Konsensusprozess beschrieben. Es wurden aber Konsultationen mit der Referenzgruppe und anderen Stakeholdern durchgeführt.
- Es liegen keine Erklärungen zu (der Abwesenheit von) Interessenskonflikten oder zu der Finanzierung der Leitlinie vor. Es kann eine Finanzierung durch das Gesundheitsministerim vermutet werden.

Abweichende Empfehlungen:
1. Geschlechtsangleichende Hormone ab einem Alter von 16 Jahren, zuvor ggf. Pubertätsblockade. Zustimmung der Erziehungsberechtigten zu Behandlung bis zum 18. Lebensjahr notwendig.
2. Geschlechtsangleichende Operationen grundsätzlich bei Minderjährigen ausgeschlossen. Ausnahmsweise Mastektomie möglich nach entsprechender Indikation und Zustimmung der Erziehungsberechtigten.
3. Die Gesundheitsversorgung von KiJu mit GI sollte dezentral organisiert werden. Es sollte interdisziplinäre Spezialambulanzen auf Ebene der Regionen geben.
4. Ein nationales Qualitätsregister solle eingerichtet werden.

Begründung für Empfehlungen:
- Die Empfehlungen seien internationalen Leitlinien (insb. WPATH & Endocrine Society, siehe die jeweiligen Sektionen) entsprechend.
- Für die Altersgrenze von 16 Jahren für geschlechtsangleichende Hormone liegt keine explizite Begründung vor. Es ist davon auszugehen, dass dies in Anlehnung an das ursprüngliche *dutch*

protocol (de Vries et al., 2014) festgelegt wurde. Darüber hinaus sei die Zustimmung der Erziehungsberechtigten im norwegischen Recht bei irreversiblen Interventionen notwendig.

- Eine dezentrale, wohnortnähere Versorgung wird als hilfreich für die KiJu gesehen, gerade da ein unterstützendes breiteres Umfeld (Nachbarschaft, Schule etc.) wichtig für eine gesunde Identitätsentwicklung sei. Ein Qualitätsregister sei zur Vergrößerung der Wissensbasis und zur Qualitätssicherung wichtig.

Konsensstärke

Nicht berichtet

Evidenzgrade oder Empfehlungsstärke:

Keine Graduierung der (Gesamt-)Evidenz oder Empfehlungsstärken angeben.

Zusammenfassende DELBI-Bewertung

Geltungsbereich & Zweck	*Beteiligung*	*Methodische Exaktheit*	*Klarheit*	*Generelle Anwendbarkeit*	*Redaktionelle Unabhängigkeit*	*Anwendbarkeit in Deutschland*
0,22	0,58	0,05	0,50	0	0	0,22

Zur Einschätzung, wie sehr die reviewten Dokumente den Qualitätsmaßstäben für Leitlinien und ähnliche Veröffentlichungen mit Empfehlungen für die klinische Praxis genügen, wurde das DELBI-Instrument (Beyer et al., 2008) mit einer oder zwei reviewenden Personen genutzt, auch wenn z.T. die reviewten Dokumente im engeren Sinne keine Leitlinien sind. Nach einem DELBI-Rating wird die methodische Güte der Empfehlungen für die in der Tabelle genannten 7 Domänen auf einer Skala von 0 (schlechte Qualität) bis 1 (sehr gute Qualität) angegeben.

Methodenkritische Bewertung nach DELBI

- Die Qualität der Beschreibung von Geltungsbereich und Zweck der Leitlinie ist nach DELBI als gering einzuschätzen. Ziele der Leitlinie sind bezüglich der Gesundheitsindikatoren kaum beschrieben. Die den Empfehlungen zugrunde liegenden Leitfragen (z.B. nach PICO) sind selektiv beschrieben. Die Patient*innenzielgruppe wird einfach benannt, jedoch bleibt z.T. unklar, welche Empfehlungen sich auch an Jugendliche und Kinder mit GD richten.
- Interessensgruppen wurden nach DELBI mittelgradig beteiligt. Relevante mediznische Fachgruppen werden benannt und beteiligt, aber nicht alle relevanten Fachgruppen. Patient*innen wurden über die Referenzgruppe beteiligt, aber ohne dass der konkrete Einfluss der Beteiligung dokumentiert wurde. Die Zielgruppe der Behandelnden und indirekte Anwendende werden benannt. Es wurde keine Pilottestung dokumentiert.
- Die methodische Exaktheit ist nach DELBI als sehr gering einzuschätzen. Es ist keine Systematik der Evidenzrecherche, -auswahl oder -bewertung erkennbar. Auch ist kein strukturiertes Konsensusverfahren erkennbar Es ist keine Begutachtung der Empfehlungen vor Veröffentlichung dokumentiert und keine Gültigkeitsdauer oder ein Verfahren zur Aktualisierung angegeben.
- Die Klarheit und Gestlatung der Leitlinie kann nach DELBI als mittelgradig eingeschätzt werden. Die Empfehlungen sind teilweise spezifisch und eindeutig, z.T. bezogen auf den relevanten Altersbereich auch nicht. Schlüsselempfehlungen sind vorhanden, jedoch nicht besonders hervorgehoebn und dadurch nicht immer leicht erkennbar. Es liegt ein Verweis auf Zusatzmaterialien zur Anwendung und Implementierung vor.
- Die generelle Anwendbarkeit ist als sehr gering einzuschätzen. Es wurde weder eine Analyse von Barrieren noch des Ressourcenaufwands durchgeführt. Auch wurden keine Messgrößen zum Monitoring definiert. Die Anwendbarkeit im deutschen Gesundheitswesen kann als gering eingeschätzt werden.

- Die redaktionelle Unabhängigkeit ist nach DELBI als sehr gering einzuschätzen, weil keinerlei Beschreibung über Interessenskonflikte und die Finanzierung der Leitlinie vorliegen.

Methodenkritische Bewertung der abweichenden Empfehlungen

- Hierfür wird angeführt, dass im norwegischen Recht bei irreversiblen Behandlungen (wozu Hormonbehandlung gezählt wird) immer die Einwilligung der Erziehungsberechtigten notwendig sei. Eine rechtliche Einschätzung darüber kann hier nicht abgegeben werden. Damit wird allerdings ein strengeres Kriterium als nach den WPATH-SoC (Hembree et al., 2022) oder der deutschen Rechtslage etabliert.
- Analog zu ad 2.
- Die Vorteile einer dezentralen Gestaltung der spezifischen Gesundheitsversorgung (bessere Erreichbarkeit für Patient*innen, bessere Anbindung in das Lebensumfeld etc.) werden genannt. Es wäre auch eine Diskussion möglicher Nachteile oder Probleme wünschenswert gewesen (z.B. schwierigerer Aufbau von Expertise im Behandlungszentrum etc.).
- Dies scheint unter Forschungsgesichtspunkten sinnvoll, soweit dabei die Patient*innenrechte gewahrt bleiben und forschungs- und medizinethische Gesichtspunkte berücksichtigt werden.

NHS England und Wales (2024)

Titel:
Independent review of gender identity services for children and young people

Herausgebende Institution:
National Health Service England und Wales (NHS; staatlicher Gesundheitsdienst in England und Wales, nicht UK insgesamt)

Autor*innen & Jahr:
Cass, H. (2024) als Alleinautorin (auf Anfrage vom NHS bestätigt)

Art der Publikation und Verbindlichkeit:
Review („Cass-Review") beauftragt vom staatlichen Gesundheitsdienst in England. Die Empfehlungen des Reviews selbst sind nicht verbindlich. Sie wurden allerdings direkt vom NHS England umgesetzt (z.T. noch vor der Verabschiedung des finalen Reports; NHS England, 2023). Der Review wurde durch den NHS England beauftragt, Empfehlungen zu formulieren (Cass, 2024).

Weitere einbezogene Primär-Dokumente:
- Anhänge des Cass-Reports; Website des Cass-Reports
- beauftragte systematische Reviews einschließlich deren ergänzendem Material: Hall et al. (2024a, 2024b); Heathcote et al. (2024) und Taylor et al. (2024a, 2024b, 2024c, 2024d)

Methodik der Erstellung:
- Welche weiteren Personen außer der Autorin auf welche Art in der Erarbeitung des Reviews beteiligt wurden, ist nicht dokumentiert. Die Benennung von Hillary Cass als Vorsitzende des Reviews wurde durch den NHS England vorgenommen (Cass, 2024). Hillary Cass ist eine renommierte Pädiaterin (u.a. als Expertin für Rett-Syndrom, Autismus, geistige Behinderung etc.), ohne ausgewiesene Expertise in der Behandlung von oder Forschung zu GD bei Kindern und Jugendlichen. Medizinische Fachgesellschaften wurden an der Erstellung des Berichts nicht erkennbar beteiligt. Es wurde eine sogenannte „Assurance Group" berufen, welche jedoch ausdrücklich nicht an der Erarbeitung von Empfehlungen des Cass Reviews beteiligt war. Es liegen Berichte vor, dass außerdem ein „Advisory Board" eingerichtet wurde. Die Zusammensetzung sowie der konkrete Beitrag dieses „Advisory Boards" sind nicht dokumentiert (Ruuska et al., 2024; Cass, 2024). Es lässt sich insofern keine Einschätzung über die Expertise der Mitglieder abgeben.
- Für den Cass-Review wurde eine Forschungsgruppe der University of York mit systematischen Reviews zu verschiedenen Fragestellungen beauftragt. Dazu gehörten z.B. die Outcomes von körpermedizinischen Interventionen und psychosozialen Interventionen. Ob die Verantwortung für die Festlegung von Forschungsfragen beim Cass-Review oder bei der Forschungsgruppe der University of York lag, bleibt unklar (Cass, 2024; McNamara et al., 2024).
- Die Forschungsgruppe führte systematische Reviews durch. Zur Bewertung der Studienqualität wurden in den Reviews zu Pubertätsblockade und zu geschlechtsangleichenden Hormonen ein anderes Instrument eingesetzt als im Review zu psychosozialen Interventionen (Heathcote, 2024; Taylor et al., 2024c, 2024d). Für Pubertätsblockade und geschlechtsangleichende Hormone wurden Studien, welche als qualitativ gering eingeschätzt wurden, aus dem Review ausgeschlossen (Taylor et al., 2024c, 2024d). Für das Review zu psychosozialen Interventionen wurden dagegen alle Studien, unabhängig von der eingeschätzten Qualität, eingeschlossen (9 von 10 Studien wurden als mit geringer methodischer Qualität eingeschätzt; Heathcote et al., 2024).

- Daneben wurden (Fokusgruppen-)Interviews mit Patient*innen und Behandelnden sowie ein Review der bisherigen Behandlungsverläufe von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz im NHS durchgeführt.
- Es wurde kein Verfahren zur Konsensfindung (z.B. DELPHI) benannt und es ist unklar, welche Personen an der Formulierung von Empfehlungen und der Formulierung des weiteren Texts beteiligt waren. Es wurden im Text Wirkungen und Nebenwirkungen von körpermedizinischen Interventionen diskutiert, diese aber nicht strukturiert gegeneinander abgewogen. Wirkungen und Nebenwirkungen von psychosozialen Interventionen oder mögliche negative Effekte der Empfehlung des Reviews selbst (z.B. mögliche Unterversorgung) werden kaum diskutiert.
- Es wurde kein externes Review vor Veröffentlichung, keine vorherige Konsultation zum Text durchgeführt. Es wurde keine Gültigkeitsdauer definiert und keine Empfehlungen zur Aktualisierung gegeben. Es wird ein umfangreiches Forschungsprogramm vorgeschlagen. Eine Barrierenanalyse wird nicht vorgenommen (allerdings Fortbildung als relevanter Faktor benannt) und finanzielle Auswirkungen werden kaum diskutiert.
- Es liegen keine Erklärungen über die Finanzierung des Cass-Reviews oder zu Interessenskonflikten vor. Es ist davon auszugehen, dass der Cass-Review vom NHS finanziert wurde. Es wird erklärt, dass der Inhalt des „unabhängigen Review“ (Cass, 2024, S. 4) vom NHS oder der Regierung nicht abschließend bewilligt oder freigegeben werden musste (Cass, 2024). Eine Dokumentation über die Finanzierung des Reviews wird nicht angegeben. Mögliche Interessenskonflikte von an der Erarbeitung des Cass-Reviews Beteiligten werden nicht offengelegt. Es fehlt eine Benennung der Beteiligten.

Abweichende Empfehlungen:

1. Es soll möglichst schnell eine Beratung/Behandlung stattfinden, wenn Familien/Sorgeberechtigte Entscheidungen bezüglich des sozialen Rollenwechsels eines prä-pubertären Kindes treffen. (Empfehlung 4)
2. Eine Pubertätsblockade oder geschlechtsangleichende Hormone sollen künftig ausschließlich im Rahmen klinischer Studie verordnet werden dürfen. (Empfehlung 6)
3. Geschlechtsangleichenden Hormone sollten nur „mit extremer Vorsicht“ verordnet werden. Es bedarf einer klaren klinischen Begründung, wenn die Verordnung nicht bis zum 18. Lebensjahr aufgeschoben werden soll. Implizit: Keine Verordnung vor dem 16. Lebensjahr möglich. (Empfehlung 8)
4. Jeder Fall körpermedizinischer Behandlung solle zuvor auf nationaler Ebene durch ein multidisziplinäres Team beschlossen werden. (Empfehlung 9)
5. Es sollen geeignete Angebote für detransitionierte Personen außerhalb der Versorgung von Trans-Personen angeboten werden. (Empfehlung 25)

Konsensstärke:

Keine aufgrund der Einzelautorinnenschaft

Evidenzgrade oder Empfehlungsstärke:

Keine Graduierung der (Gesamt-)Evidenz oder Empfehlungsstärken angeben

Zusammenfassende DELBI-Bewertung

Geltungsbereich & Zweck	*Beteiligung v. Interessensgruppen*	*Methodische Exaktheit*	*Klarheit*	*Generelle Anwendbarkeit*	*Redaktionelle Unabhängigkeit*	*Anwendbarkeit in Deutschland*
0,44	0,33	0,38	0,50	0,33	0,17	0,33

Zur Einschätzung, wie sehr die reviewten Dokumente den Qualitätsmaßstäben für Leitlinien und ähnliche Veröffentlichungen mit Empfehlungen für die klinische Praxis genügen, wurde das DELBI-Instrument (Beyer et al., 2008) mit einer oder zwei reviewenden Personen genutzt, auch wenn z.T. die reviewten Dokumente im engeren Sinne keine Leitlinien sind. Nach einem DELBI-Rating wird die methodische Güte der Empfehlungen für die in der Tabelle genannten 7 Domänen auf einer Skala von 0 (schlechte Qualität) bis 1 (sehr gute Qualität) angegeben.

Methodenkritische Bewertung auf Basis von DELBI:

- Der Geltungsbereich und Zweck wird qualitativ mittelgradig beschrieben, was auch nach DELBI deutlich wird. Die relevanten klinischen Leitfragen lassen sich überwiegend erschließen, sind aber nicht expliziert und nicht einfach auffindbar. Es werden zur Beschreibung der Population z.T. unklare Begriffe verwendet („gender-related distress“ oder „young people questioning their gender“).
- Die Beteiligung von Interessengruppen erreicht geringe DELBI-Werte. Die Patient*innen-, Bezugspersonen- und Behandelnden-Perspektive wurde durch Interviews und Umfragen ermittelt. Die Ergebnisse davon werden berichtet und Implikationen kurz diskutiert, was als gut zu bewerten ist. Es wird jedoch nicht dargestellt, ob und wenn ja die Ergebnisse der Interviews und Befragungen Einfluss auf die Empfehlungen hatten. Außerdem wurde nicht offengelegt, welche Personen an der Erarbeitung von Empfehlungen beteiligt waren (siehe „Methodik der Erstellung“). Auch die Beteiligung von Fachpersonen relevanter Fachgebiete (z.B. Kinder- und Jugendpsychiatrie; Sexologie, Psychotherapie, Medizinethik) ist nicht dokumentiert.
- Die methodische Exaktheit der Leitlinien-Entwicklung ist insgesamt in einem geringen bis mittelgradigen Bereich einzuordnen. Dabei divergieren die Bereiche stark. Positiv ist zu benennen, dass eine qualitativ hochwertige Literaturrezeption durchgeführt wurde. Als problematisch kann lediglich angesehen werden, dass für körperliche Interventionen andere Ausschlusskriterien bezüglich der methodischen Qualität der Originalstudien herangezogen wurden, als für psychosoziale Interventionen. Entsprechend wurden die Stärken und Schwächen der Evidenz in der qualitativen Synthese uneinheitlich vorgenommen. Gleiches gilt für das Abwägen von Wirkungen und Schäden der Interventionen. Im Review zu psychosozialen Interventionen wurde die Aussage getroffen, in den gesichteten Orignialstudien gebe es „no indication of adverse or negative effects“ (Heathcote et al., 2024, S. 13). Dies ist aber unzutreffend: In einigen eingeschlossenen Studien wurden negative Effekte beschrieben (z.B. Bluth et al., 2021; Lucassen et al., 2020). Negativ ist anzuführen, dass kein Verfahren der Konsensusfindung angegeben ist. Da auch keine Ko-autorenschaften neben der Autorin benannt wurden, scheint es, dass alle Empfehlungen letztlich von dieser alleine und nicht durch eine für das Feld repräsentativen Gruppe in einem strukturierten Verfahren und auf Basis der ermittelten Evidenz festgelegt wurden. Auch wurde kein externes Review vor der Veröffentlichung durchgeführt.
- Die Klarheit und Gestaltung ist gemäß DELBI als mittelmäßig bis gut einzuschätzen. Die Schlüsselempfehlungen sind durchgängig leicht und eindeutig im Dokument zu identifizieren. Die Empfehlungen sind überwiegend klar formuliert, wovon es aber Ausnahmen gibt (z.B. „mit extremer Vorsicht“, Ausschluss von geschlechtsangleichenden Hormonen vor dem 16. Lebensjahr nur implizit). Auf zusätzliche Materialien (z.B. Patient*innen-LL) wird nicht verweisen.

- Die Anwendbarkeit ist nach DELBI als gering einzuschätzen. Es werden nur implizit Barrieren in der Anwendung benannt und keine Implikationen bezüglich der Ressourcen angeben, obwohl viele Empfehlungen umfangreiche Umstrukturierungen der Gesundheitsversorgung in dem Bereich notwendig machen. Es werden Studien zu Auswirkungen von Interventionen vorgeschlagen, jedoch keine expliziten Kriterien für ein Monitoring/Audit der Auswirkungen der Empfehlungen im Cass-Report selbst. Die Anwendbarkeit im deutschen Gesundheitswesen ist nach DELBI als gering einzuschätzen.
- Die redaktionelle Unabhängigkeit ist als gering einzuschätzen. Der NHS England ist als Finanzier zu identifizieren. Es wird erklärt, dass keine Zustimmung des NHS vor Verabschiedung des Reviews notwendig gewesen sei. Die spezifischen Kosten und die Arten der Finanzierung für den Cass-Report und die Reviews bei der University of York werden nicht aufgeführt. Es ist für den Cass-Review keine Erklärung über die Abwesenheit von Interessenskonflikten der Beteiligten ersichtlich.

Methodenkritische Bewertung der Empfehlungen:

- Das Rationale der Empfehlung von Psychotherapie bei GD ist nicht eindeutig definiert. Psychotherapie wird bei koinzidenten Störungen empfohlen, wofür bereits durch die koinzidente Störung selbst eine Indikation besteht. Sie wird aber ebenfalls empfohlen, zum „Management des [mit GD] assoziierten Distress". Keine der im betreffenden Review einbezogenen Studien konnte einen Reduzierung von Geschlechtsdysphorie durch Psychotherapie zeigen. Auch waren, wie oben dargestellt, die Outcomes in den Originalstudien für psychosozialen Interventionen uneinheitlich, es zeigte sich ein Rückgang positiver Effekte nach einer Follow-Up-Zeit und mögliche negative Effekte wurden nicht diskutiert.
- Bezüglich sozialer Transitionen wird im Cass-Report postuliert „in an NHS setting it is important to view it [soziale Transitionen insb. im Kindesalter] as an active intervention because it may have significant effects on the child or young person in terms of their psychological functioning and longer-term outcomes" (Cass, 2024, 158). Der Interventionsbegriff wird dadurch deutlich erweitert. Es bleibt auch unklar, ob nur die Bejahung einer sozialen Transition eine Intervention darstellt oder die Vermeidung einer sozialen Transition ebenfalls. De facto würden damit die Ressourcen für Beratung/Behandlung von GI im Kindes- und Jugendalter vorrangig für präpubertäte Kinder (ggü. Jugendlichen) alloziert.
- Es wurde bereits diskutiert, dass die Empfehlung zu „extremer Vorsicht" der Verschreibung von geschlechtsangleichenden Hormonen uneindeutig formuliert ist. Die Outcomes einer Behandlung mit geschlechtsangleichenden Hormonen bei Minderjährigen in den gesichteten Originalstudien (Taylor et al., 2024d) deuten gleichsinnig auf eine Verbesserung hin, auch wenn die Evidenz v.a. aufgrund fehlender Kontrollgruppen als unsicher einzustufen ist. Es wären nicht nur positive und negative Effekte dieser Intervention zu diskutieren gewesen, sondern auch das Fehlen wirksamer Behandlungsalternativen.
- Die Zentralisierung aller Behandlungsentscheidungen auf nationaler Ebene wird als Methode der Qualitätssicherung empfohlen. Inwiefern andere Methoden der Qualitätssicherung (Einholen von Zweitmeinungen, Inter- und Supervision, Audits, Qualifikationsstandards und Fortbildungen), welche ansonsten in der Medizin üblich sind, ausreichend sei können, wurde nicht diskutiert. Es besteht die Möglichkeit, dass ein für jeden Einzelfall auf nationaler Ebene zentralisiertes Verfahren der Behandlungsentscheidung zu weiterer deutlicher Verzögerung und/oder Unterversorgung führt. Um die Effekte davon zu erheben, wäre eine Ressourcen- und Barrierenanalyse sowie die Definition von Monitoringkriterien sinnvoll gewesen.

- Die Empfehlung der Versorgung von detransitionierten Personen ist sinnvoll, wobei unklar bleibt, warum diese außerhalb von Strukturen mit entsprechender Expertise stattfinden muss.

RANZCP (2021, Australien & Neuseeland)

Titel:
Recognising and addressing the mental health needs of people experiencing gender dysphoria / gender incongruence

Herausgebende Institution:
Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP; medizinische Fachgesellschaft für Psychiatrie und KiJu-Psychiatrie in Australien und Neuseeland)

Autor*innen & Jahr:
Keine genannt (2021)

Art der Publikation und Verbindlichkeit:
Unverbindliche Stellungnahme („Position Statement"); keine Verbindlichkeit, es wird auf individuelle klinische Entscheidungsfindung verwiesen

Methodik der Erstellung:
Es wird keinerlei Methodik berichtet. Als verantwortlich für die Stellungnahme wird ein Komitee des RANZCP angegeben. Es werden keine Beteiligten namentlich benannt. Aus diesem Grund kann auch keine (positive) Aussage bezüglich der Beteiligung von Expert*innen in dem Themenfeld oder Patient*innen bzw. Bezugspersonen gemacht werden. Es liegen keine Angaben zu Interessenskonflikten vor. Es kann vermutet werden, dass die Finanzierung vom RANZCP getragen wurde, dies ist aber nicht deklariert.

Abweichende Empfehlungen:
Keine abweichenden Empfehlungen erkennbar.
Auch wenn die Stellungnahme z.T. in Sekundärquellen als besonders „vorsichtig" berichtet wird, z.B. von Block (2023), lassen sich keine abweichenden Empfehlungen erkennen.

Konsensstärke:
Nicht angegeben

Evidenzgrade oder Empfehlungsstärke:
Keine Graduierung der (Gesamt-)Evidenz oder Empfehlungsstärken angeben

Zusammenfassende DELBI-Bewertung

Geltungsbereich & Zweck	*Beteiligung v. Interessensgruppen*	*Methodische Exaktheit*	*Klarheit*	*Generelle Anwendbarkeit*	*Redaktionelle Unabhängigkeit*	*Anwendbarkeit in Deutschland*
0,33	0,04	0,05	0,17	0,06	0,08	0,11

Zur Einschätzung, wie sehr die reviewten Dokumente den Qualitätsmaßstäben für Leitlinien und ähnliche Veröffentlichungen mit Empfehlungen für die klinische Praxis genügen, wurde das DELBI-Instrument (Beyer et al., 2008) mit einer oder zwei reviewenden Personen genutzt, auch wenn z.T. die reviewten Dokumente im engeren Sinne keine Leitlinien sind. Nach einem DELBI-Rating wird die methodische Güte der Empfehlungen für die in der Tabelle genannten 7 Domänen auf einer Skala von 0 (schlechte Qualität) bis 1 (sehr gute Qualität) angegeben.

Methodenkritische Bewertung nach DELBI:
- Die Beschreibung des Geltungsbereichs und Zwecks ist nach DELBI als von geringer bis mittelgradiger Qualität einzuschätzen. Die Patient*innenzielgruppe wird grob benannt. Es bleibt aber z.T. unklar, ob Empfehlungen nur für Erwachsene oder für alle Altersgruppen gelten. Die relevanten klinischen Fragen sind z.T. zu erschließen und die Ziele werden knapp beschrieben.

- Die Beteiligung von Interessensgruppen ist als sehr gering einzuschätzen. Es werden keinerlei Beteiligte in der Erarbeitung benannt. Eine Beteiligung von Stakeholdern ist nicht ersichtlich. Die Anwenderzielgruppe ist nur grob definiert und es wurde keine Pilotstudie durchgeführt.
- Die methodische Exaktheit der Erstellung ist ebenfalls als sehr gering einzuschätzen. Es ist keine systematische Evidenzsuche, -auswahl oder -bewertung erkennbar. Auch wird kein strukturierter Konsensusprozess berichtet. Mögliche Nebenwirkungen wurden kurz und unsystematisch diskutiert. Es ist keine externe Begutachtung oder Konsultation erkennbar und es ist keine Gültigkeitsdauer oder Aktualisierungsprozedere angegeben.
- Die Klarheit der Gestaltung ist nach DELBI gering. Die Empfehlungen sind in einer abschließenden Abschnitt zusammengefasst, aber gegenüber dem Fließtext nicht hervorgehoben. Die Empfehlungen sind durchgehend uneindeutig formuliert und es werden keine Behandlungsoptionen diskutiert.
- Die generelle Anwendbarkeit ist nach DELBI als sehr gering einzuschätzen. Es wurde weder eine Analyse von Barrieren noch des Ressourcenaufwands durchgeführt. Auch wurden keine Messgrößen zum Monitoring definiert. Die Anwendbarkeit im deutschen Gesundheitswesen ist als gering einzuschätzen.
- Die redaktionelle Unabhängigkeit ist nach DELBI als sehr gering einzuschätzen. Es liegen keine Erklärungen zur Finanzierung, der Nichtbeeinflussung oder zu Interessenskonflikten vor.

Methodenkritische Bewertung der abweichenden Empfehlungen

Kann entfallen, weil keine abweichenden Empfehlungen formuliert werden

Socialstyrelsen (2022, Schweden)

Titel:
Vård av barn och ungdomar med könsdysfori. Nationellt kunskapsstöd med rekommendationer till profession och beslutsfattare (Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie. Nationale Wissensbasis mit Empfehlungen für Fachleute und Entscheidungsträger)

Herausgebende Institution:
Socialstyrelsen (autonome staatliche Stelle)

Autor*innen & Jahr:
Bodin, M., Elfving, M., Fazekas, A., Hedström, M., Indremo, M., Rengmann, J., Sahlin, N.-E., Linnarsson, E. (2022)

Weitere einbezogene Primär-Dokumente:
- Anhänge zur Wissensbasis
- SBU (2022)
- El Khouri, B. et al. (2015)

Art der Publikation und Verbindlichkeit:
„Wissensbasis" mit grundsätzlich verbindlichen Empfehlungen; es bleibt unklar, ob nur unter den in der Wissensbasis genannten Bedingungen von allgemeinen Empfehlungen abgewichen werden kann oder ob dies auch der Entscheidung im klinischen Einzelfall obliegt

Methodik der Erstellung:
- Von der Gesundheitsbehörde Socialstyrelsen wurde eine Projektleitungsgruppe eingesetzt. Diese umfasste Mitarbeiter*innen von Socialstyrelsen und klinische Expert*innen für die Behandlung von KiJu mit GD. Darüber hinaus wurden Expert*innengruppen mit klinischen Expert*innen aus dem Themenfeld berufen. Diese Expert*innengruppen sollten die ermittelte Evidenz bewerten und Entwürfe für Empfehlungen formulieren. Weder die Kriterien für die Auswahl der Projektgruppen- noch der Expert*innengruppenmitglieder werden benannt.
- Die Wissensbasis ist eine Aktualisierung einer vorherigen Version aus dem Jahr 2015, welche deutlich andere Empfehlungen formulierte. Zur Ermittlung der Evidenz bezüglich der definierten Leitfragen wurde die SBU (eine schwedische staatliche Agentur) beauftragt. Diese führte systematische Reviews zu den Outcomes und negativen Effekten einer Pubertätsblockade und/oder einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung bei KiJu mit GD sowie der Häufigkeit des Abbruchs von solchen Behandlungen. Die systematischen Reviews wurden fachgerecht durchgeführt und dokumentiert.
- „Die von der [Expert*innengruppe] vorgeschlagenen Empfehlungen werden dann im Rahmen des internen Vorbereitungsprozesses des [Socialsstyrelsen] weiter bearbeitet und schließlich von der Leitung der Behörde beschlossen" (Bodin et al., 2022b, S. 9). Ein strukturiertes Verfahren der Konsensfindung in den Expert*innengruppen oder bezüglich der finalen Verabschiedung durch die Behördenleitung von Socialstyrelsen dabei nicht dokumentiert. Es wurde ausdrücklich kein separates Konsenspanel von Expert*innen eingerichtet. Es ist keine Konsensstärke berichtet.
- Es wurden im Rahmen einer Umfrage auch die Erfahrungen von klinischen Expert*innen eingeholt und es fand wenigstens eine Anhörung von Patient*innen und ihren Bezugspersonen statt. Darüber hinaus fand eine Konsultationsphase statt.

- Die Finanzierung der Wissensbasis und Interessenskonflikte sind allgemein als unbedenklich angegeben. Eine Spezifizierung der Angaben ist nicht vorhanden. Eine Beeinflussung der Empfehlungen durch Socialstyrelsen scheint möglich, da die Empfehlungen letztlich durch deren Behördenleitung beschlossen wurden.

Abweichende Empfehlungen:

1. Die Behandlung mit Pubertätsblockade, Hormonen oder durch Operationen unter dem 18. Lj. soll nur noch im Rahmen von klinischen Studien empfohlen werden.
2. Bis klinische Studien nach 2. gestartet sind, sollen ausnahmsweise Behandlungen mit Pubertätsblockade vor dem 18. Lj. unter folgenden Bedingungen empfohlen werden können:
    - Erreichen von mindestens Tanner-Stadium 3 (nicht 2) und
    - stabile psychosoziale Situation (insb. keine neuropsychiatrische oder kognitive Behinderung oder unbehandelten psychische Störungen) und keine schwere Adipositas sowie
    - stabile GI mit nachprüfbarem Beginn in der Kindheit (early onset) oder
    - GI mit late onset bei männlichem Zuweisungsgeschlecht (bei weiblichem Zuweisungsgeschlecht und late onset nur Mini-/Mikropille zur Unterdrückung der Menstruation)
3. Bis klinische Studien nach 2. gestartet sind, ausnahmsweise Behandlungen mit geschlechtsangleichenden Hormonen vor dem 18. Lj. unter folgenden Bedingungen:
    - stabile psychosoziale Situation (insb. keine neuropsychiatrische oder kognitive Behinderung oder unbehandelten psychische Störungen)
    - stabile GI mit nachprüfbarem Beginn in der Kindheit (early onset),
    - vorherige Pubertätsblockade mit persistierender transgeschlechtlicher Identifikation und
    - Erreichung des 16. Lj.
4. Bis klinische Studien nach 2. gestartet sind, ausnahmsweise Mastektomie vor dem 18. Lj. unter den gleichen Bedingungen wie 4.

Begründung für Empfehlungen:

Studien mit positiven Outcomes für Pubertätsblockade oder Hormone werden v.a. als nicht hinreichend angesehen, weil Stichprobe zu klein, Drop-Out zu hoch, Follow-Up zu kurz und keine Kontrollgruppe vorhanden seien.

Begründungen für vorsichtigere Empfehlungen:

- Es werden Veränderungen in Patientenpopulation angenommen
- Jüngere Publikationen zu Detransition mahnen zur Zurückhaltung (z.B. Littman, 2018)
- Unter klinischen Expert*innen wird zunehmend eine kontroverse Debatte zu angemessenen Behandlungsempfehlungen wahrgenommen

Konsensstärke

Nicht angegeben, aber Dissens von Expert*innen vermerkt

Evidenzgrade oder Empfehlungsstärke:

Keine Graduierung der (Gesamt-)Evidenz angeben. Die Stärke der Empfehlungen wird gradiert.

Zusammenfassende DELBI-Bewertung

Geltungsbereich & Zweck	*Beteiligung*	*Methodische Exaktheit*	*Klarheit*	*Generelle Anwendbarkeit*	*Redaktionelle Unabhängigkeit*	*Anwendbarkeit in Deutschland*
0,56	0,50	0,62	0,67	0	0,33	0,28

Zur Einschätzung, wie sehr die reviewten Dokumente den Qualitätsmaßstäben für Leitlinien und ähnliche Veröffentlichungen mit Empfehlungen für die klinische Praxis genügen, wurde das DELBI-Instrument (Beyer et al., 2008) mit einer oder zwei reviewenden Personen genutzt, auch wenn z.T. die reviewten Dokumente im engeren Sinne keine Leitlinien sind. Nach einem DELBI-Rating wird die methodische Güte der Empfehlungen für die in der Tabelle genannten 7 Domänen auf einer Skala von 0 (schlechte Qualität) bis 1 (sehr gute Qualität) angegeben.

Methodenkritische Bewertung nach DELBI:

- Der Geltungsbereich und Zweck werden nach DELBI mit mittelgradiger Qualität beschrieben. Die Ziele der Leitlinie sind allgemein definiert, aber nicht durchgehend spezifisch. Die den Empfehlungen zugrundeliegenden Leitfragen sind (wenigstens im Anhang oder im Review der SBU) durchgehend eindeutig benannt. Die Zielgruppe wird einfach benannt.
- Die Beteiligung von Interessensgruppen fand nach DELBI mit mittelgradiger Qualität statt. Es wurden alle relevanten mainzischen Fachgruppen beteiligt, woebi diese nicht zwingend an der Formulierung von Entscheidungen beteiligt waren. Patient*innen und Bezugspersonen wurden nur indirekt beteiligt. Die Anwenderzielgruppe ist eindeutig benannt und auch indirekte Anwendende werden benannt. Es ist keine Pilotstudie ersichtlich.
- Die methodische Exaktheit der Erstellung kann nach DELBI als mittelgradig bis gut eingeschätzt werden. Die Literatursuche und -auswahl ist vollumfänglich dokumentiert und folgt einer nachvollziehbaren Systematik. Die Art der Entscheidungsfindung bezüglich der Empfehlungen bleibt unklar, wobei deutlich wird, dass organisierte Prozesse stattgefunden haben. Die systematischen Reviews wurden durch externe Expert*innnen begutachtet. Eine Begutachtung der Wissensbasis selbst ist nicht erkennbar, wohl aber eine Konsultationsphase. Eine Gültigkeitsdauer oder eine Verfahren zur Aktualisierung werden nicht angegeben.
- Die Klarheit der Gestaltung kann nach DELBI ebenfalls als mittelgradig bis gut eingeschätzt werden. Die Empfehlungen sind durchgängig spezifisch und Unsicherheiten diesbezüglich werden berichtet. Es werden einige verschiedene Handlungsoptionen grob benannt. Die Schlüsselempfehlungen sind durch Hervorhebung durchgehend eindeutig zu identifizieren.
- Die generelle Anwendbarkeit ist nach DELBI als sehr gering einzuschätzen. Es wurde weder eine Analyse von Barrieren noch des Ressourcenaufwands durchgeführt. Es wurden Messgrößen für ein Forschungsprogramm definiert, dies sich jedoch nicht auf die Empfehlungen selbst beziehen. Die Anwendbarkeit im deutschen Gesundheitswesen ist als gering einzuschätzen.
- Die redaktionelle Unabhängigkeit ist als gering bis mittelgradig einzuschätzen. Es findet sich eine generelle Erklärung zu Unbedenklichkeit von Interessenskonflikten. Es wird aber keine personenbezogene Dokumentation bzgl. der Interessenskonflikte gegeben und der Umgang mit Interessenskonflikten nicht dokumentiert.

Methodenkritische Bewertung der abweichenden Empfehlungen:

Es fehlt eine schlüssige Begründung für sehr unterschiedliche Empfehlungen bei im Kern gleicher Datenlage bzgl. Behandlungsergebnissen im Vergleich zur zur vorherigen Wissensbasis (El Khouri et al., 2015). Die Auswahl der an der Erarbeitung Beteiligten und von Socialstyrelsen bleibt unklar. Es wird auch keine Konsensstärke angegeben, sondern nur vermerkt, dass einige Expert*innen abweichende Ansichten zu den finalen Empfehlungen vertreten haben.

- Eine Veränderung der Population wird angenommen ohne Biases in der Erhebung und Inanspruchnahme zu berücksichtigen. Es bleibt unklar, warum eine solche Veränderung ein Abweichen von bisherigen Behandlungsstandards und die neu etablierten Standards impliziert.
- Publikationen zu Detransition werden berücksichtigt, ohne ihre methodischen Einschränkungen zu diskutieren, während methodische Einschränkungen bzgl. des *dutch protocol* sehr ausführlich diskutiert werden und als Argument gegen Pubertätsblockade und Hormone gesehen werden. Das systematische Review (SBU, 2022) benennt selbst eine geringe Häufigkeit des Abbruchs von Pubertätsbloackde und/oder geschlechtsangleichenden Maßnahmen im Kindes- und Jugendalter.
- Die Bedeutung des Erfahrungswissens von beteiligten Expert*innen für die Empfehlungsfindung kann schwer eingeschätzt werden, wenn die Empfehlungen offenbar nicht im Rahmen eines Konsensusprozesses formuliert wurden und die Konsensstärke nicht berichtet wird.

Die in Taylor et al. (2024) erfolgte Empfehlung dieser Leitlinie deckt sich teilweise mit unseren DELBI-Bewertungen. Die Leitlinie besitzt eine vergleichsweise hohe methodische Qualität, welche unserer DELBI-Bewertung nach allerdings etwa vergleichbar mit der WPATH-Leitlinie (Coleman et al., 2022) ist. Die unterschiedlichen Bewertungen könnten z.T. auf Unterschiede zum hier verwendeten DELBI-Instrument (Beyer et al., 2008) zurückgehen, welches gegenüber dem AGREE-II-Instrument (Brouwers et al., 2010) stärker operationalisiert ist.

UKOM (Norwegen, 2023)

Titel:
Pasientsikkerhet for barn og unge med kjønnsinkongruens (Patient*innensicherheit für Kinder und Jugendliche mit Geschlechtsinkongruenz)

Herausgebende Institution:
Statens undersøkelseskommisjon for helse-og omsorgstjenesten (UKOM; die Regierung beratende halbstaatliche Organisation)

Autor*innen & Jahr:
Keine genannt (2023)

Art der Publikation und Verbindlichkeit:
Bericht mit unverbindlichen Empfehlungen (Phan, 2023); verbindlich in Norwegen ist hingegen, die Leitlinie der Gesundheitsbehörde Helsedirektoratet (siehe oben).

Methodik der Erstellung:
- Es wurde ein Bericht der „norwegischen nationalen Untersuchungskommission für das Gesundheits- und Pflegewesen“. Der Bericht geht auf zwei Beschwerden zur Patient*innensicherheit durch Angehörige an UKOM zurück. Welche Personen an der Erarbeitung des Berichts und der Formulierung von Empfehlungen beteiligt waren, wird nicht angegeben. Insofern kann nicht eingeschätzt werden, ob Expert*innen an der Erarbeitung beteiligt waren.
- Es wird keine systematische Literatursuche, -auswahl oder -bewertung dokumentiert. Auch werden keine Angaben gemacht, wie Empfehlungen abgeleitet wurden (etwa durch ein strukturiertes Konsensusverfahren). Es fanden Konsultation mit verschiedenen Fachorganisationen und Organisationen von Patient*innen und Bezugspersonen statt. Mögliche negative Effekte durch die Empfehlungen werden nicht diskutiert. Beispielsweise wird ohne Beleg angenommen, eine ausschließliche Psychotherapie weise gegenüber einer kombinierten Behandlung von Psychotherapie und körpermedizinischen Interventionen sei für die Patient*innen sicherer.
- Erklärungen zur Finanzierung oder zu Interessenskonflikten liegen nicht vor.

Abweichende Empfehlungen:
Überarbeitung der verbindlichen norwegischen Leitlinien (Helsedirektoratet, siehe oben) mit folgenden Maßgaben:
1. Durchführung von Pubertätsblockade sowie geschlechtsangleichender Hormonbehandlung und Operationen bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz nur im Rahmen klinischer Studien.
2. Einführung eines nationalen Qualitätsregisters für Pubertätsblockaden und geschlechtsangleichende Behandlungen.

Begründung für Empfehlungen:
- Es liege kein norwegisches systematisches Review über die Behandlung von Geschlechtsinkongruenz vor. Die nationale Leitlinie basiere nicht auf einem solchen und sei darum nicht evidenzbasiert. Die nationale Leitlinie lasse zu viel Interpretationsspielraum und sei deshalb nicht für die Anwendung geeignet.

- Zur Sicherheit sei bei der unklaren Datenlage die körpermedizinische Behandlung nur in klinischen Studien anzuwenden. Andere Interventionen (z.B. Psychotherapie) seien weniger invasiv und darum vorzuziehen.
- Die Studien zu Outcomes von körpermedizinischer Behandlung von KiJu mit GI seien im Stichprobenumfang zu klein, mit zu kurzem Follow-Up und ohne Kontrollgruppe.
- Wegen der berichteten Zunahme der Inanspruchnahme und höherer psychischer Belastung könnten die Ergebnisse nicht auf aktuelle Kohorten übertragen werden.
- Es gebe nicht ausreichend Forschung über langfristige Nebenwirkungen.
- Die Generierung von fundierterem Wissen über Outcomes und Nebenwirkungen der Behandlung sei notwendig. Um solches zu generieren sei ein nationales Qualitätsregister und die Durchführung der Behandlungen in klinischen Studien sinnvoll.

Konsensstärke:
Nicht angegeben

Evidenzgrade oder Empfehlungsstärke:
Keine Graduierung der (Gesamt-)Evidenz oder Empfehlungsstärken angeben

Zusammenfassende DELBI-Bewertung:

Geltungsbereich & Zweck	*Beteiligung*	*Methodische Exaktheit*	*Klarheit*	*Generelle Anwendbarkeit*	*Redaktionelle Unabhängigkeit*	*Anwendbarkeit in Deutschland*
0,33	0,17	0,05	0,50	0	0	0,17

Zur Einschätzung, wie sehr die reviewten Dokumente den Qualitätsmaßstäben für Leitlinien und ähnliche Veröffentlichungen mit Empfehlungen für die klinische Praxis genügen, wurde das DELBI-Instrument (Beyer et al., 2008) mit einer oder zwei reviewenden Personen genutzt, auch wenn z.T. die reviewten Dokumente im engeren Sinne keine Leitlinien sind. Nach einem DELBI-Rating wird die methodische Güte der Empfehlungen für die in der Tabelle genannten 7 Domänen auf einer Skala von 0 (schlechte Qualität) bis 1 (sehr gute Qualität) angegeben.

Methodenkritische Bewertung nach DELBI:
- Der Zweck und Geltungsbereich wird nach DELBI mit geringer bis mittelgradiger Qualität beschrieben. Ziele werden allgemein benannt und Leitfragen lassen sich erschließen, werden aber nicht explizit gemacht. Die Zielgruppe wird benannt und im Glossar spezifiziert. Es bleibt unklar, inwiefern die Empfehlungen sich ausschließlich an Minderjährige (z.B. über 20-Jährige berichtet) richten.
- Die Beteiligung von Interessensgruppen ist nach DELBI als qualitativ gering einzuschätzenDie Personen, die die Empfehlungen erarbeiteten werden nicht namentlich benannt. Es fanden zahlreiche Anhörungen, aber keine direkte Beteiligung von Patient*innen und ihren Bezugspersonen statt. Die Anwenderzielgruppe ist definiert, jedoch keine indirekten Anwender*innen. Es liegt kein Bericht über eine Pilottestung vor.
- Die methodische Exaktheit ist nach DELBI als sehr gering einzuschätzen. Es ist keine systematische keine systematische Literatursuche oder -auswahl dokumentiert. Auch lässt sich kein Konsensusprozess erkennen und keine Begutachtung oder ein Verfahren zur Aktualisierung.
- Die Klarheit und Gestaltung ist nach DELBI als mittelgradig einzuschätzen. Die Empfehlungen sind überwiegend eindeutig, jedoch werde möglichen negative Effekte durch die Empfehlungen nicht diskutiert und auch keine verschiedenen Handlungsoptionen dargestellt..Die Empfehlungen sind nicht hervorgehoben, aber in einem Abschnitt zusammengefasst. Es liegt eine Kurzfassung vor.
- Die generelle Anwendbarkeit ist nach DELBI als sehr gering zu bewerten. Es wurden keine Analyse von Barrieren oder des Ressourcenaufwands durchgeführt. Auch wurden keine

Messgrößen zum Monitoring definiert. Die Anwendbarkeit im deutschen Gesundheitswesen ist nach DELBI als gering einzuschätzen.

- Es liegen keine Erklärungen zur Abwesenheit von Interessenskonflikten und zur Finanzierung des Berichts vor. Dies als geringe Qualität nach DELBI zu bewerten.

Methodenkritische Bewertung der abweichenden Empfehlungen

- Es wird eine mangelnde Evidenz für Pubertätsblockade und geschlechtsangleichende Hormone angeführt. Korrekt ist, dass die norwegische Leitlinie des Helsedirektoratet die Evidenzbasis für bestimmte Empfehlungen nicht ausreichend diskutiert. Es wäre bei der Behauptung, dass allgemein nicht genug Evidenz vorliege und darum Behandlungen nur experimentell seien, notwendig gewesen, dass dann selbst ein *systematisches* Literaturreview durchgeführt wird und nicht selektiv Ergebnisse herangezogen werden. Zwar wird auf die Reviews der SBU (siehe „Schweden") verwiesen, allerdings wird die dort dargestellte Evidenz kaum diskutiert, sondern nur auf die darauf basierenden Empfehlungen von Socialstyrelsen (siehe oben) referiert. Hier ist auch relevant, dass keinerlei Bericht über die Art der Konsensfindung dargestellt gegeben wird. Wie die (anonymen) Autor*innen also diese Empfehlung aus der von ihnen rezipierten Evidenz kommen bleibt offen.
- Diese Forderung ist unter Gesichtspunkten der Forschung zu begrüßen, soweit dabei die Patient*innenrechte gewahrt bleiben und forschungs- und medizinethische Gesichtspunkte berücksichtigt werden. Diese Empfehlung findet sich bereits in den Leitlinien des Helsedirektoratet.

WPATH (international, 2022)

Titel:
Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, Version 8

Herausgebende Institution:
World Professional Association for Transgender Health (internationale Fachgesellschaft für transgender-Gesundheitsversorgung)

Autor*innen & Jahr:
Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., De Vries, A. L., Deutsch, M. B., ... & Arcelus, J. (2022)

Art der Publikation und Verbindlichkeit:
Behandlungsstandards; Verbindlichkeit ist aufgrund des Status der herausgebenden Organisation nicht anzunehmen

Weitere einbezogene Primär-Dokumente:
- Informationen auf der Website zur Leitlinie
- Baker et al. (2021)

Methodik der Erstellung:
- Die Behandlungsstandards sind die 7. Aktualisierung der internationalen Standards der WPATH, einer internationalen Fachgesellschaft im Bereich transgender-Gesundheit. Die an der Erarbeitung der Leitlinien Beteiligten werden unter Angabe des Arbeitsbereichs benannt. Die Auswahl der Beteiligten erfolgte im Rahmen eines Bewerbungsverfahrens. Inwiefern nur WPATH-Mitglieder beteiligt wurden, wird nicht deutlich. An der Erarbeitung waren auch Personen, die sich als transgender identifizieren beteiligt.
- Es wurde für die Behandlungsstandards ein systematisches Review beauftragt, das von einer externen Forschergruppe fachgerecht durchgeführt und dokumentiert wurde (Baker et al., 2022). In diesem Review werden die Outcomes von Pubertätsblockade und geschlechtsangleichender Hormonbehandlung für Erwachsene und Jugendliche gemeinsam betrachtet. Im Kapitel zur Behandlung von Jugendlichen wird vermerkt, dass kein eigenes systematisches Review durchgeführt wurde, da die Anzahl der dazu veröffentlichten Studien zu gering sei (S. S46). Insofern ist unklar, wie der Bezug der Empfehlungen für Jugendlichen zu der systematisch reviewten Evidenz ist.
- Zur Ableitung von Empfehlungen wurde ein modifiziertes DELPHI-Verfahren genutzt. Es fand eine anschließende Konsultation (auch mit Patient*innen und ihren Bezugspersonen) und Begutachtung statt.
- Die Kostenstruktur und Finanzierung der Erstellung wird grob berichtet. Es liegt eine allgemeine Erklärung über die Abwesenheit von Interessenkonflikten vor ohne dass Interessenskonflikte personenbezogen angegeben werden.

Abweichende Empfehlungen:
Keine abweichenden Empfehlungen erkennbar.

Konsensstärke:
Nicht angegeben

Evidenzgrade oder Empfehlungsstärke:

Keine Graduierung der (Gesamt-)Evidenz. Gradierung der Empfehlungsstärke („suggest“, „recommend“)

Zusammenfassende DELBI-Bewertung:

Geltungsbereich & Zweck	*Beteiligung*	*Methodische Exaktheit*	*Klarheit*	*Generelle Anwendbarkeit*	*Redaktionelle Unabhängigkeit*	*Anwendbarkeit in Deutschland*
0,61	0,42	0,50	0,63	0,28	0,50	0,44

Zur Einschätzung, wie sehr die reviewten Dokumente den Qualitätsmaßstäben für Leitlinien und ähnliche Veröffentlichungen mit Empfehlungen für die klinische Praxis genügen, wurde das DELBI-Instrument (Beyer et al., 2008) mit einer oder zwei reviewenden Personen genutzt, auch wenn z.T. die reviewten Dokumente im engeren Sinne keine Leitlinien sind. Nach einem DELBI-Rating wird die methodische Güte der Empfehlungen für die in der Tabelle genannten 7 Domänen auf einer Skala von 0 (schlechte Qualität) bis 1 (sehr gute Qualität) angegeben.

Methodenkritische Bewertung nach DELBI:

- Der Geltungsbereich und Zweck wird nach DELBI mit mittelgradiger bis guter Qualität definiert. Die Ziele der Leitlinie werden spezifisch benannt, jedoch ohne Hinweis auf spezifische Kennwerte. Die zugrundeliegenden Leitfragen durchgehend zu erschließen. Die Patient*innenpopulation wird allgemein, aber nicht spezifisch benannt.
- Die Beteiligung von Interessensgruppen ist nach DELBI als mittelgradig zu bewerten. Es wurden Fachpersonen einbezogen, wobei nicht sicher ist, dass das Bewerbungsverfahren unter Einbezug alle relevanten medizinischen Fachgruppen erfolge. Betroffene wurden direkt in die Erarbeitung einbezogen und eine umfangreiche Konsultationsphase durchgeführt. Änderungen an den Empfehlungen durch die Konsultationsphase sind dokumentiert. Die Anwenderzielgruppe wird benannt; indirekte Anwender*innen werden z.T. benannt. Die Anwenderzielgruppe wird definiert. Es fand keine Pilottestung statt.
- Die methodische Exaktheit kann nach DELBI als qualitativ mittelgradig eingeschätzt werden. Es wird eine systematische Literatursuche und -auswahl angegeben. Da diese nicht speziell für KiJu durchgeführt wurde und nicht im entsprechenden Kapitel diskutiert wurde, wurde für diese Punkte im vorliegenden DELBI-Rating geringe Werte vergeben. Die Formulierung von Empfehlungen erfolgte mit dem Etablierten DELPHI-Verfahren. Es wurde eine Konsultationsphase durchgeführt. Änderungen an den Empfehlungen durch die Konsultationsphase sind dokumentiert. Es werden Angaben zur Gültigkeitsdauer (aber ohne Angabe einer Zeitdauer) gemacht. Es handelt sich bei den Behandlungsstandards selbst um die 7. Aktualisierung, sodass eine solche wahrscheinlich ist.
- Die Klarheit der Gestaltung kann nach DELBI als mittelgradig bis gut eingeschätzt werden. Die Empfehlungen der Leitlinie sind überwiegend eindeutig und es sind grob verschiedene Handlungsoptionen dargestellt. Die Schlüsselempfehlung sind zu Beginn jedes Kapitels zusammengefasst und durch Hervorhebung durchgehend leicht zu identifizieren.
- Die Anwendbarkeit ist nach DELBI als gering einzuschätzen. Es werden nur Barrieren in der Anwendung grob diskutiert. Es werden keine Implikationen bezüglich der Ressourcen angeben Messgrößen zum Monitoring werden kaum definiert. Die Anwendbarkeit im deutschen Gesundheitswesen kann nach DELBI als mittelgradig eingeschätzt werden.
- Die redaktionelle Unabhängigkeit kann nach DELBI ebenfalls als mittelgradig eingeschätzt werden. Es liegt eine allgemeine Erklärung zum Verfahren bei Interessenskonflikten vor. Die Finanzierung wird erörtert und klargestellt, dass an der Leitlinie Beteiligte dadurch keinen finanziellen Vorteil hatten.

Die Leitlinie besitzt eine nach DELBI mittelhohe und hier relativ hohe methodische Qualität, welche etwa vergleichbar mit der Socialstyrelsen-Leitlinie (2022) ist.

Quellen

Primärquellen

Académie nationale de médecine (Hrsg.). (2022a). *La médecine face à la transidentité de genre chez les enfants et les adolescents. médecine/sciences, 38*(11), 934-935. https://doi.org/10.1051/medsci/2022145

Académie nationale de médecine (Hrsg.). (2022b). *Medicine and gender transidentity in children and adolescents*. https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2022/03/22.2.25-Communique-PCRA-19-Gender-identity-ENG.pdf

Adelson, S. L. & The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI). (2012). Practice parameter on gay, lesbian, or bisexual sexual orientation, gender nonconformity, and gender discordance in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *51*(9), 957–974. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.07.004

American Psychological Association [APA] (Hrsg.). (2015). Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *American Psychologist*, *70*(9), 832-864. https://doi.org/10.1037/a0039906

Baker, K. E., Wilson, L. M., Sharma, R., Dukhanin, V., McArthur, K., & Robinson, K. A. (2021). Hormone therapy, mental health, and quality of life among transgender people: a systematic review. *Journal of the Endocrine Society*, *5*(4), bvab011. https://doi.org/10.1210/jendso/bvab011

Bodin, M., Elfving, M., Fazekas, A., Hedström, M., Indremo, M., Rengmann, J., Sahlin, N.-E. & Linnarsson, E. (2022a). *Vård av barn och ungdomar med könsdysfori. Bilaga till nationellt kunskapsstöd med rekommendationer till profession och beslutsfattare. Kunskapsunderlag med metodbeskrivning [Anhang zur nationalen Wissensbasis mit Empfehlungen für Fachleute und Entscheidungsträger. Wissensbasis mit Methodenbeschreibung]*. https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2022-12-8302.pdf

Bodin, M., Elfving, M., Fazekas, A., Hedström, M., Indremo, M., Rengmann, J., Sahlin, N.-E. & Linnarsson, E. (2022b). *Vård av barn och ungdomar med könsdysfori. Nationellt kunskapsstöd med rekommendationer till profession och beslutsfattare [Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie. Nationale Wissensbasis mit Empfehlungen für Fachleute und Entscheidungsträger]*. https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2022-12-8302-kunskapsunderlag-med-metodbeskrivning.pdf

Cass, H. (April 2024). *Independent review of gender identity services for children and young people*. https://cass.independent-review.uk/wp-content/uploads/2024/04/CassReview_Final.pdf

Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., De Vries, A. L., Deutsch, M. B., ... & Arcelus, J. (2022). Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, Version 8. *International Journal of Transgender Health*, *23*(sup1), S1-S259. https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644

El Khouri, B., van Paaschen, H., Bodin, M., Rehnman, J. & Åhsberg, E. (2015)

Hall, R., Taylor, J., Heathcote, C., Langton, T., Hewitt, C. E. & Fraser, L. (2024a). Gender services for children and adolescents across the EU-15+ countries: An online survey. *Archives of Disease in Childhood*.

Hall, R., Taylor, J., Hewitt, C. E., Heathcote, C., Jarvis, S. W., Langton, T. & Fraser, L. (2024b). Impact of social transition in relation to gender for children and adolescents: A systematic review. *Archives of Disease in Childhood*. https://doi. org/10. 1136/archdischild- 2023-326112

Heathcote, C., Taylor, J., Hall, R., Jarvis, S. W., Langton, T., Hewitt, C. E. & Fraser, L. (2024). Psychosocial support interventions for children and adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood*. https://doi. org/10. 1136/archdischild- 2023-326347

Helsedirektoratet (Hrsg.). (2021). *Kjønnsinkongruens. Nasjonal faglig retningslinje [Geschlechterinkongruenz. Nationale fachliche Leitlinie]*. https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer /kjonnsinkongruens

Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Delemarre-Van De Waal, H. A., Gooren, L. J., Meyer, W. J., Spack, N. P. ... & Montori, V. M. (2009). Endocrine treatment of transsexual persons: An Endocrine Society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *94*(9), 3132-3154.

Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L. J., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M. H. ... & T'Sjoen, G. G. (2017). Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: An

Endocrine Society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *102*(11), 3869-3903. https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658

Palveluvalikoima [COHERE] (Hrsg.). (2020a). *Medical treatment methods for dysphoria associated with variations in gender identity in minors – recommendation.* https://palveluvalikoima.fi/documents/1237350/22895008/Summary_minors_en+(1).pdf/fa2054c5-8c35-8492-59d6-b3de1c00de49/Summary_minors_en+(1).pdf

Palveluvalikoima [COHERE] (Hrsg.). (2020b). *Palveluvalikoimaneuvoston suositus. Alaikäisten sukupuoli-identiteetin variaatioihin liittyvän dysforian lääketieteelliset hoitomenetelmät [Empfehlung des Dienstleistungsausschusses. Medizinische Behandlung von Dysphorie im Zusammenhang mit Geschlechtsidentitätsvarianten bei Minderjährigen].* https://palveluvalikoima.fi/documents/1237350/22895008/Alaik%C3%A4iset_suositus.pdf/c987a74c-dfac-d82f-2142-684f8ddead64/Alaik%C3%A4iset_suositus.pdf

Palveluvalikoima (Hrsg.). (2020c). *Palveluvalikoimaneuvoston valmistelumuistio. Sukupuoli-identiteetin variaatioista johtuvan dysforian lääketieteelliset tutkimus- ja hoitomenetelmät [Vorbereitendes Memorandum des Dienstleistungsausschusses. Dysphorie aufgrund von Abweichungen der Geschlechtsidentität. Medizinische Diagnose und Behandlung der dysphorischen Störung der Geschlechtlichkeit].* https://palveluvalikoima.fi/sukupuolidysforia-alaikaiset

Rafferty, J., Yogman, M., Baum, R., Gambon, T. B., Lavin, A., Mattson, G., ... & Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. (2018). Ensuring comprehensive care and support for transgender and gender-diverse children and adolescents. *Pediatrics*, *142*(4), e20182162. https://doi.org/10.1542/peds.2018-2162

Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists [RANZCP] (Hrsg.). (2021). *Recognising and addressing the mental health needs of people experiencing gender dysphoria / gender incongruence.* https://www.ranzcp.org/news-policy/policy-and-advocacy/position-statements/gender-dysphoria

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU] (Hrsg.). (2022). *Hormonbehandling vid könsdysfori - barn och unga. En systematisk översikt och utvärdering av medicinska aspekter [Hormontherapie bei Geschlechtsdysphorie - Kinder und Jugendliche. Eine systematische Überprüfung und Bewertung der medizinischen Aspekte]* (Rapport 342/2022). https://www.sbu.se/contentassets/ea4e698fa0c4449aaae964c5197cf940/hormonbehandling-vid-konsdysfori_barn-och-unga.pdf

Statens undersøkelseskommisjon for helse-og omsorgstjenesten [UKOM] (Hrsg.). (2023). *Pasientsikkerhet for barn og ungemed kjønnsinkongruens [Patientensicherheit für Kinder und Jugendliche mit Geschlechtsinkongruenz].* https://ukom.no/rapporter/pasientsikkerhet-for-barn-og-unge-med-kjonnsinkongruens/sammendrag

Taylor, J., Hall, R., Langton, T., Fraser, L. & Hewitt, C. E. (2024a). Characteristics of children and adolescents referred to specialist gender services: A systematic review. *Archives of Disease in Childhood.* https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326681

Taylor, J., Hall, R., Langton, T., Fraser, L. & Hewitt, C. E. (2024b). Care pathways of children and adolescents referred to specialist gender services: A systematic review. *Archives of Disease in Childhood.*

Taylor, J., Mitchell, A., Hall, R., Heathcote, C., Langton, T., Fraser, L. & Hewitt, C. E. (2024c). Interventions to suppress puberty in adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood.* https://doi. org/10. 1136/archdischild- 2023-326669

Taylor, J., Mitchell, A., Hall, R., Langton, T., Fraser, L. & Hewitt, C. E. (2024d). Masculinising and feminising hormone interventions for adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood.* https://doi. org/10. 1136/ archdischild- 2023-326670

Zusätzliche Quellen

Assurance Group. (o.D.). Independent Review of Gender Identity Services for Children and Young People. https://cass.independent-review.uk/about-the-review/assurance-group/

Beyer, M., Geraedte, M., Gerlach, F. M., Güllch, M., Kopp, I., Lelgemann, M., Ollenschläger, G., Selbmann, H.-K., Thole, H., Follmann, M., Holzmann, N., Langer, T., Nothacker, M., Siering, U., Weinbrenner, S. & Wieland A. (2008). *Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI) Fassung 2005/2006 + Domäne 8*. AWMF und ÄZQ (Hrsg.) https://www.leitlinien.de/hintergrund/pdf/delbi-fassung-2005-2006-domaene-8-2008.pdf

Bluth, K., Lathren, C., Clepper-Faith, M., Larson, L. M., Ogunbamowo, D. O. & Pflum, S. (2023). Improving mental health among transgender adolescents: Implementing mindful self-compassion for teens. *Journal of Adolescent Research*, *38*(2), 271-302. https://doi.org/10.1177/07435584211062126

Block, J. (2023). Gender dysphoria in young people is rising—and so is professional disagreement. *BMJ, 380*, 382. https://doi.org/10.1136/bmj.p382

Brouwers, M. C., Kho, M. E., Browman, G. P., Burgers, J. S., Cluzeau, F., Feder, G., ... & Zitzelsberger, L. (2010). AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. Cmaj, 182(18), E839-E842. https://doi.org/10.1503/cmaj.090449

Cohen-Kettenis, P. T., & van Goozen, S. H. (1997). Sex reassignment of adolescent transsexuals: A follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *36*, 263-271. https://doi.org/10.1097/00004583-199702000-00017

de Vries, A. L., McGuire, J. K., Steensma, T. D., Wagenaar, E. C., Doreleijers, T. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2014). Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics*, *134*(4), 696-704. https://doi.org/10.1542/peds.2013-2958

Lucassen, M. F., Stasiak, K., Fleming, T., Frampton, C., Perry, Y., Shepherd, M. & Merry, S. N. (2021). Computerized cognitive behavioural therapy for gender minority adolescents: Analysis of the real-world implementation of SPARX in New Zealand. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *55*(9), 874-882. https://doi.org/10.1177/0004867420976846

McNamara, M., Baker, K., Connelly, K., Janssen, A., Olson-Kennedy, J., Pang, K. C., Scheim, A., Turban, J. & Alstott, A. (2024). *An evidence-based critique of "The Cass Review" on gender-affirming care for adolescent gender dysphoria.* https://law.yale.edu/sites/default/files/documents/integrity-project_cass-response.pdf

National Health Service England [NHS England] (Hrsg.). (9. Juni 2023). *Interim specialist service for children and young people with gender incongruence.* https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2023/04/interim-service-spec-CYP-Gender-service-12-March-2024.docx

Phan, K. (8. Juni 2023). *Norway didn't ban gender-affirming care for minors, as headline falsely claims*. AP News. https://apnews.com/article/fact-check-norway-not-ban-gender-affirming-care-956221436313

Ruuska, S. M., Tuisku, K., Holttinen, T. & Kaltiala, R. (2024). All-cause and suicide mortalities among adolescents and young adults who contacted specialised gender identity services in Finland in 1996–2019: A register study. *BMJ Ment Health*, *27*(1). https://doi.org/10.1136/bmjment-2023-300940

Taylor, J., Hall, R., Heathcote, C., Hewitt, C. E., Langton, T., & Fraser, L. (2024). Clinical guidelines for children and adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: A systematic review of guideline quality (part 1). *Archives of disease in childhood.* https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326499

Versionsnummer:	6.1
Erstveröffentlichung:	01/1999
Überarbeitung von:	10/2024
Nächste Überprüfung:	09/2029

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online